

Aus der Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin

(Prof. Dr. med. C. Wiesemann)

im Zentrum Psychosoziale Medizin

der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

Ethische Aspekte der Schwangerschaftskonfliktberatung

Einschätzungen staatlich anerkannter Schwangerschaftskonfliktberaterinnen in Niedersachsen

INAUGURAL - DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades

der Medizinischen Fakultät der

Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Michael Madeker

aus

Deggendorf

Göttingen 2011

Dekan: Prof. Dr. med. C. Frömmel

I. Berichterstatter: PD Dr. phil. A. Simon

II. Berichterstatter/in:

III. Berichterstatter/in:

Tag der mündlichen Prüfung:

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitung	01
2. Stand der Forschung	03
2.1 Zur Entstehung und geschichtlichen Entwicklung des Abtreibungsverbots	03
2.2 Die aktuelle gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland	06
2.3 Die Diskussion um den moralischen Status menschlicher Embryonen.....	08
2.3.1 Die Position der fehlenden Schutzwürdigkeit	08
2.3.2 Die Position des absoluten Lebensschutzes	10
2.3.3 Das Modell des abgestuften moralischen Status.....	11
2.4 Schwangerschaftsabbruch aus verantwortungsethischer Perspektive	12
2.5 Zusammenfassung	14
3. Forschungsfragen	16
3.1 Fragen zur Ausgestaltung der Beratungsgespräche	16
3.2 Einschätzungen zum Beratungsverständnis.....	17
3.3 Fragen zur moralischen Bewertung von Schwangerschaftsabbruch	17
4. Material und Methoden	18
4.1 Stichprobe	18
4.2 Der Fragebogen.....	19
4.3 Versand und Verteilung des Fragebogens	21
4.4 Bearbeitung der Fragebögen und statistische Verfahren	21
5. Ergebnisse	22
5.1 Soziodemographie und allgemeine Daten zum Beratungsgespräch	22
5.1.1 Soziodemographische Daten.....	22
5.1.1.1 Geschlecht, Alter und Anzahl der eigenen Kinder	22
5.1.1.2 Fachlicher Hintergrund und Zusatzqualifikationen	24
5.1.1.3 Konfessionszugehörigkeit, Religiosität, Ortsgröße und Art der Beratungseinrichtung	24
5.1.2 Berufserfahrung und Dauer des Beratungsgesprächs	25
5.2 Themen und Begriffe in der Schwangerschaftskonfliktberatung	26
5.2.1 Themen der Schwangerschaftskonfliktberatung.....	26
5.2.1.1 Gegenwartsorientierte Themen.....	26

5.2.1.2	Zukunftsorientierte Themen	27
5.2.1.3	Themen aus § 219 StGB	28
5.2.1.4	Aufklärende Themen	29
5.2.1.5	Anmerkungen.....	31
5.2.2	Begrifflichkeiten	31
5.3	Beratungsverständnis und persönliche Priorität	32
5.3.1	Die Rolle als Beraterin.....	32
5.3.2	Die Verpflichtungen als Beraterin	34
5.3.3	Die persönliche Priorität der Beraterinnen	35
5.3.4	Anmerkungen.....	36
5.4	Schwangerschaftskonfliktberatung bei Minderjährigen	36
5.4.1	Minderjährige unter 16 Jahren	36
5.4.2	Minderjährige ab 16 Jahren	37
5.5	Persönliche Einschätzungen zum Schwangerschaftsabbruch nach § 218a StGB	39
5.5.1	Allgemeine Einschätzungen zur Beratungslösung	39
5.5.2	Moralische Bewertung	40
5.5.3	Einschätzungen zur Entscheidungsfindung	42
5.5.4	Abbruchalternativen.....	43
5.6	Zusammenfassung	45
6.	Diskussion	49
6.1	Inhalt und Ablauf der Beratungsgespräche.....	49
6.2	Zugrundeliegendes Beratungsverständnis	50
6.3	Moralische Einschätzung des Schwangerschaftsabbruchs	53
6.4	Alternativen zum Schwangerschaftsabbruch	56
6.5	Spezialthema: Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen	58
7.	Zusammenfassung.....	63
8.	Fazit	66
9.	Anhang	67
9.1	Der Fragebogen.....	68
9.2	Fragebogen mit Grundauszählung	74
9.3	Freie Anmerkungen und Ergänzungen	80
9.4	Literaturverzeichnis	90

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis:

Tabelle 1:	Soziodemographische Daten und Rücklauf	23
Tabelle 2:	Berufserfahrung, Anzahl der Beratungen pro Jahr, Beratungsdauer	25
Tabelle 3:	Gegenwartsorientierte Themen	27
Tabelle 4:	Zukunftsorientierte Themen	28
Tabelle 5:	Themen aus § 219 StGB.....	29
Tabelle 6:	Aufklärende Themen	30
Tabelle 7:	Rollenverständnis der Beraterinnen (1).....	33
Tabelle 8:	Rollenverständnis der Beraterinnen (2).....	34
Tabelle 9:	Verpflichtungen der Beraterinnen	34
Tabelle 10:	Minderjährige unter 16 Jahren	37
Tabelle 11:	Minderjährige ab 16 Jahren	38
Tabelle 12:	Allgemeine Einschätzungen zur Beratungslösung	39
Tabelle 13:	Moralische Einschätzungen (1)	41
Tabelle 14:	Moralische Einschätzungen (2)	42
Tabelle 15:	Einschätzungen zur Entscheidungsfindung.....	42
Tabelle 16:	Abbruchalternativen	44
Abbildung 1:	Verwendete Begriffe im Falle der Fortsetzung der Schwangerschaft.....	31
Abbildung 2:	Verwendete Begriffe im Falle des Abbruchs der Schwangerschaft.....	32
Abbildung 3:	Ich verstehe mich als Anwalt der Interessen des ungeborenen Kindes.....	33
Abbildung 4:	Einschätzung zur persönlichen Priorität (1)	35
Abbildung 5:	Einschätzung zur persönlichen Priorität (2)	36
Abbildung 6:	Ich betrachte den Schwangerschaftsabbruch als Unrecht	40
Abbildung 7:	Ungeborenes menschliches Leben ist in gleicher Weise schützenswert wie geborenes menschliches Leben	41
Abbildung 8:	Dem ungeborenen menschlichen Leben kommt Menschenwürde zu	41
Abbildung 9:	Ich bin der Meinung, dass in begründeten Fällen zum Abbruch geraten werden sollte.....	43
Abbildung 10:	Meiner Meinung nach ist Adoption eine gute Alternative zum Abbruch	44
Abbildung 11:	Meiner Meinung nach ist die Babyklappe eine gute Alternative zum Abbruch	44

Abkürzungsverzeichnis:

Abs.	-	Absatz
AEM	-	Akademie für Ethik in der Medizin e.V.
Ärztl. B.	-	Ärztliche Beraterinnen
i.O.	-	im Original
k.A.	-	keine Angabe
LG	-	Landgericht
M.M.	-	Michael Madeker
Nichtärztl. B.	-	Nichtärztliche Beraterinnen
o.J.	-	ohne Jahr
OLG	-	Oberlandesgericht
SchKG	-	Schwangerschaftskonfliktgesetz
StGB	-	Strafgesetzbuch

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Text für Personen ausschließlich die weiblichen Formen verwendet.

1. Einleitung

Ein Blick in die Statistik der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland zeigt, dass im Jahr 2010 insgesamt 110.431 Schwangerschaften abgebrochen wurden. Dies entspricht bei 678.947 Lebendgeburten im selben Jahr etwa 14 % aller registrierten Schwangerschaften (Statistisches Bundesamt 2011a, 2011b). 97,2 % der Abbrüche erfolgten innerhalb der ersten zwölf Schwangerschaftswochen und damit in einem Zeitraum, in dem der Abbruch nach geltendem Recht ohne Angabe von Gründen straffrei ist, wenn sich die Schwangere vor dem Eingriff in einem professionellen Konfliktgespräch in einer staatlich anerkannten Beratungseinrichtung hat beraten lassen. Die gültige Gesetzesregelung hierzu setzt zum Schutz des ungeborenen Lebens bewusst auf ein Beratungskonzept mit Übertragung der Letztverantwortung auf die Schwangere.

Die Schwangerschaftskonfliktberatung nimmt somit eine Schlüsselrolle ein. Der Gesetzgeber setzt darauf, mit der Konfliktberatung ein Maximum an Lebensschutz zu erreichen, mehr Frauen für die Fortsetzung der Schwangerschaft gewinnen zu können als durch ein striktes Verbot. Die Ansprüche und Erwartungen an die Schwangerschaftskonfliktberatung sind daher zweifelsohne hoch. Es muss den Beratenden gelingen, das Gespräch zu einer Gelegenheit zu machen, in der sich die Schwangere vertrauensvoll öffnen kann. Es soll Unterstützung in einem Entscheidungsprozess leisten, soll informieren und aufklären, Ängste und ambivalente Gefühle verständnisvoll aufnehmen und helfen diese abzubauen. Die Beratungssituation ist sicherlich nicht immer durch Zustimmung gekennzeichnet. Vielmehr ist es wahrscheinlich, dass die Beraterinnen auch Ablehnung, Widerstand und Misstrauen erfahren. Ein hohes Maß an fachlicher und persönlicher Kompetenz ist daher Grundvoraussetzung für eine adäquate Beratung in einer Situation, die Fingerspitzengefühl und vorsichtiges, empathisches Vorgehen verlangt.

Inwiefern diese Beratung dem vom Bundesverfassungsgericht geforderten Schutz des ungeborenen Lebens gerecht werden kann, war stets umstritten und wird nach wie vor kontrovers diskutiert – der Konflikt der katholischen Kirche rund um den Beratungsschein sei exemplarisch herausgegriffen (Spieker 2008).

Um zur Diskussion über Schwangerschaftsabbruch bzw. über die aktuell geltende gesetzliche Regelung nach § 218a StGB einen Beitrag zu leisten, um neue Impulse und Denkanstöße zu gewinnen, entstand die Idee zu diesem Forschungsprojekt. Ziel war es, allen beteiligten Diskussionspartnern empirisch erhobene Daten zur Schwangerschaftskonfliktberatung zur Verfügung zu stellen. Hierzu wurde mittels Fragebogen eine niedersachsenweite Befragung

von Schwangerschaftskonfliktberaterinnen durchgeführt. Die Studie sollte Auskunft über das Berufsverständnis und das Beratungsethos der Beraterinnen geben sowie ihre Einschätzungen zu moralischen Fragen aus berufsethischer Perspektive erfassen.

Die vorliegende Arbeit gibt zunächst einen Abriss über die Entwicklung des Abtreibungsverbots bis hin zur aktuell gültigen gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland. Im Anschluss erfolgt ein Überblick über die mit Schwangerschaftsabbruch eng verbundene Diskussion um den moralischen Status menschlicher Embryonen. Nach Vorstellung der Forschungsfragen werden das methodische Vorgehen erläutert und die Ergebnisse der Umfrage dargestellt. Einer kurzen Zusammenfassung der Hauptergebnisse folgt eine ausführliche Diskussion und Interpretation. Abschließend werden die zentralen Aussagen der Studie noch einmal hervorgehoben.

Vorab sei angemerkt, dass diese Dissertation nicht den Anspruch erhebt über die Zulässigkeit bzw. Verwerflichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs zu urteilen. Damit entspricht der Autor der von dem Soziologen Max Weber geforderten Werturteilsfreiheit, die eine strikte Trennung zwischen empirischer Tatsachenerhebung und der als erfreulich oder unerfreulich beurteilenden Stellungnahme verlangt (Weber 1991).

2. Stand der Forschung

2.1 Zur Entstehung und geschichtlichen Entwicklung des Abtreibungsverbots

Die gezielte Herbeiführung von Schwangerschaftsabbrüchen ist keineswegs ein Phänomen moderner Gesellschaften oder Ausdruck des zunehmenden medizinischen Fortschritts, sondern wird vermutlich schon seit jeher praktiziert. Wie sich aus Abschriften von frühesten Papyrusschriften entnehmen lässt, befassten sich bereits die alten Ägypter mit der Erforschung schwangerschaftsbeendender Mittel. Ein Blick auf den Verlauf der Geschichte bis in die heutige Zeit hinein zeigt, dass die sich aus einem Schwangerschaftsabbruch ergebenden ethischen und rechtlichen Konsequenzen sehr unterschiedlich bewertet wurden. In vorchristlicher Zeit, beispielsweise bei Platon und Aristoteles, galt der Abbruch einer Schwangerschaft als legitimes, ja in manchen Fällen sogar wünschenswertes Mittel zur Familienplanung (Bergdolt 2004). Im römischen Recht wurde der Fötus als Teil der Eingeweide der Mutter ohne eigenständiges Schutzrecht angesehen und zählte zum Eigentum des Vaters. Zum straffreien Abbruch bedurfte es somit lediglich der Zustimmung des Familienoberhauptes, das Abtreibungsrecht war allein vaterrechtlich begründet (Behren 2004). Mit der Entstehung des Christentums und seinem Aufstieg zur Staatsreligion wurden hingegen andere Wertvorstellungen zur Beurteilung der Abtreibungspraxis herangezogen. Antworten auf moralphilosophische Fragen im Allgemeinen diktierte von nun an einzig der Klerus unter Berufung auf Gott – ein Umstand, der fortan die Moralvorstellungen der Gesellschaft nahezu in allen Teilen prägen sollte¹. Bezogen auf den Sachverhalt des Schwangerschaftsabbruchs, dessen strafrechtliche Bewertung im Mittelalter nahezu ausschließlich der geistlichen Rechtssprechung unterlag, bedeutete dies gesellschaftliche Ausgrenzung und Ächtung der Abtreibenden bedingt durch Exkommunikation, sowie ein immer härter werdendes körperliches Bestrafungsmaß, was schließlich auf dem Konzil von Konstantinopel (692) mit Einführung der Todesstrafe einen grausamen Höhepunkt fand (Behren 2004). Entscheidend für die Kirchengerichte war in Anlehnung an die aristotelische Theorie der Sukzessivbeseelung der Grad der Beseelung des Embryos. Aristoteles ging davon aus, dass zunächst eine empfindungsunfähige pflanzliche, dann eine animalisch-sensitive Seele vorhanden ist, und schließlich männliche Feten bis zum vierzigsten und weibliche bis zum neunzigsten Tag eine vernunftbegabte Denkseele erhalten² (Jütte 1993). Im kanonischen Recht galt daher die Abtreibung eines beseelten Kindes als weit

¹ Bezogen auf den Bereich der Sexualmoral s. etwa Deschner 1987.

² Aus diesem Grunde existierte im Kirchenrecht noch bis Ende des 19. Jahrhunderts die Unterscheidung zwischen fetus animatus und fetus inanimatus (Ranke-Heinemann 1988).

größere Verfehlung als die eines noch unbeseelten³ (Wetz 2004). Nach dem Juristen und Rechtshistoriker Dirk von Behren wurde durch den Umstand, dass die Entscheidung über Leben und Tod eines beseelten Kindes allein dem christlichen Vatergott zustand, der Grundstein für die bis weit in die Neuzeit beibehaltene prinzipielle Behandlung der Abtreibung als Tötungsdelikt bzw. Mord gelegt (Behren 2004). Aus einer ehemals legalen, gesellschaftlich akzeptierten Praxis wurde ein Verbrechen.

Im Zuge des beginnenden Machtverlusts der Kirche gegen Ende des Mittelalters fiel der Schwangerschaftsabbruch allmählich in den Regelungsbereich weltlicher Gerichte. Von entscheidender Bedeutung war diesbezüglich die unter Kaiser Karl V. verfasste *Constitutio Criminalis Carolina* von 1532, da sie, obwohl sie in Anlehnung an das kanonische Recht die Todesstrafe beibehielt, teilweise bis ins 18. Jahrhundert gültig bzw. Orientierungspunkt für nachfolgende Partikulargesetze war (Deschner 1987). Erst im Zuge der Aufklärung wurde es möglich, den tradierten kirchlichen Vorstellungen der Beseelungslehre neuere wissenschaftliche Erkenntnis gegenüberzustellen und das Bestrafungsmaß in Frage zu stellen. Mit der Gründung des Kaiserreichs 1871 wurde schließlich im § 218 des Reichsstrafgesetzbuches erstmals eine gesamtdeutsche Regelung in der Abtreibungsfrage geschaffen, die zwar den Schwangerschaftsabbruch noch immer ausnahmslos unter Strafe stellte und auch noch keine medizinische, kriminologische oder gar soziale Indikation anerkannte, jedoch die bisherige Bestrafungsart durch Zuchthaus ersetzte und damit erheblich abmilderte (Behren 2004). In den folgenden Jahrzehnten waren es vor allem niedrige Geburtenraten, die den Staat aus bevölkerungspolitischen Interessen dazu bewegten, trotz des sich allmählich regenden Widerstandes im Volke, am Abtreibungsverbot festzuhalten. Durch die verheerenden Auswirkungen des 1. Weltkrieges auf die gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Verhältnisse und den damit verbundenen Anstieg illegaler Aborte entstanden schließlich breitere Gegenbewegungen. Aufgrund politischen Drucks seitens der konservativen Parteien vermochten die Reformer allerdings auch in der Weimarer Republik, abgesehen von weiterer Strafminderung und der Herabstufung des Tatbestands vom Tötungsdelikt zum Vergehen, keine entscheidenden Lockerungen durchzusetzen (Behren 2004). In der nationalsozialistischen Diktatur erhielt die Reformbewegung hingegen starke Rückschläge. Das Abtreibungsverbot wurde erneut verschärft, ab 1943 drohte den Frauen sogar wieder die Todesstrafe, falls durch den induzierten Abort „Schaden an der

³ Nach Jerouschek könne daher „die katholische Kirche als die eigentliche ‘Mutter’ sämtlicher Fristenlösungen im Bereich des Schwangerschaftsabbruchs gelten“ (Jerouschek 1993: 47).

Volksgemeinschaft“ entstand. Umgekehrt zwang man Frauen aus rassenhygienischen Gründen massenweise zur Abtreibung ihrer Kinder (Schulz 2006).

Mit der Gründung der Bundesrepublik trat die Reformbereitschaft der Vorkriegszeit, aufgrund der katastrophalen Lebensbedingungen und der vorherrschenden Sexualmoral in den Nachkriegsjahren erneut in den Hintergrund. Die Entwürfe für eine Liberalisierung Anfang der 1960er Jahre beschränkten sich weitgehend auf die Aufnahme einer medizinischen Indikation und weitere Strafmilderungen. Erst Anfang der 1970er Jahre, im Zuge der vorangegangenen Studentenrevolte und der Frauenbewegung („Mein Bauch gehört mir“) sprachen sich breite Massen der Bevölkerung für eine grundlegende Reform des § 218 StGB aus. Mit Hinweis auf das Selbstbestimmungsrecht der Frau wurde eine Fristenregelung gefordert, die einen straffreien Schwangerschaftsabbruch bis zum dritten Schwangerschaftsmonat ermöglichen sollte. Das daraufhin 1974 vom Parlament beschlossene Strafrechtsreformgesetz, das die Umsetzung ebendieser Forderungen vorsah, hatte allerdings keinen Bestand, da das Bundesverfassungsgericht eine Fristenlösung „wegen Unvereinbarkeit mit dem Lebensrecht des noch Ungeborenen und dem daraus gefolgerten Schutzauftrag des Staates für verfassungswidrig erklärt[e]“ (Eser 1989: 970f.). Das Gericht verwies 1975 in seinem ersten Fristenregelungsurteil auf die grundsätzlich gebotene Gleichbehandlung von ungeborenem und geborenem menschlichen Leben. Das Recht auf körperliche Unversehrtheit stehe auch dem Kind im Mutterleib zu, welches als selbständiges menschliches Leben anzusehen und von Staats wegen zu schützen sei (BVerfG 1975). Wenngleich das Oberste Gericht die Hauptforderung der Reformer nicht akzeptierte, so beließ das Urteil dennoch Spielraum für eine liberalere Neuregelung. Eine 1976 in Kraft getretene weite Indikationsregelung erachtete den Abbruch zwar weiterhin grundsätzlich als strafbar, sah aber bei Vorliegen einer medizinischen, eugenischen, kriminologischen und sozialen Indikation innerhalb festgelegter Fristen von Bestrafung ab.

Da in der DDR bereits 1972 ein Fristenmodell eingeführt wurde, welches jeder Frau grundsätzlich das Recht zugestand, sich bis zur zwölften Woche in freier Verantwortung für oder gegen das Kind zu entscheiden, musste sich der Gesetzgeber im Rahmen der Wiedervereinigung auf eine gesamtdeutsche Regelung einigen. Nach zähen Verhandlungen verständigte man sich schließlich 1992 auf eine rechtfertigende Fristenlösung mit Pflichtberatung, die im Gegensatz zur bisherigen westdeutschen Lösung vorsah, den sogenannten beratenen Abbruch ausdrücklich für *nicht rechtswidrig* zu erklären (Laufs 2009). Das Bundesverfassungsgericht erklärte 1993 in seinem zweiten Fristenregelungsurteil auch

diese Neuregelung für verfassungswidrig, verwies in seiner Erklärung überwiegend auf das vorangegangene Urteil von 1975 und monierte, dass das Beratungsziel zu wenig auf Lebensschutz abzielte (BVerfG 1993).

2.2 Die aktuelle gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland

Die aktuelle gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland basiert auf dem 1995 beschlossenen Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz. Eine Kombination aus Indikations- und Fristenregelung mit Beratungspflicht ermöglicht gemäß § 218a StGB einen straflosen Abbruch durch eine Ärztin bis zur zwölften Woche nach Empfängnis auf Verlangen der Frau, wenn sich die Schwangere vor dem Eingriff nachweislich von einer staatlich anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle beraten lässt und zwischen Beratungsgespräch und Abbruch eine Bedenkzeit von mindestens drei Tagen eingehalten wird. Dieser beratene Abbruch wird nicht als gerechtfertigt angesehen, sondern der *Tatbestand* des § 218 gilt als *nicht verwirklicht*⁴, womit der Abbruch für alle Beteiligten straffrei bleibt.

Als eindeutigen Rechtfertigungsgrund erkennt der Gesetzgeber eine *kriminologische* und eine *medizinische* Indikation an. Erstere gilt, wenn der dringende Verdacht besteht, dass die Schwangerschaft Folge einer Sexualstraftat ist und seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen verstrichen sind. Die medizinische Indikation gilt, um Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden und betrifft die gesamte Dauer der Schwangerschaft.

Ferner liegt es bei einem nicht rechtfertigend indizierten Abbruch bis zur 22. Woche nach Empfängnis im Ermessen des Gerichts, von Strafe für die Schwangere abzusehen, wenn sie sich zum Zeitpunkt des Eingriffs in *besonderer Bedrängnis* befand⁵.

Normative Legitimation erhielt das Gesetz durch die Berücksichtigung der im vorangegangenen Urteil des Bundesverfassungsgerichts artikulierten Wertvorstellungen (BVerfG 1993). Das Gericht erklärte darin, der Staat habe die grundsätzliche Pflicht, Schwangerschaftsabbrüche zu verhindern, da die Menschenwürde bereits dem ungeborenen menschlichen Leben zukomme und dadurch das Ungeborene ein eigenes Recht auf Leben

⁴ Zur Problematik dieser Formulierung aus juristischer Sicht s. etwa Eser 2006. Grundsätzlich zu zivil- und strafrechtlichen Problemen des Schwangerschaftsabbruchs nach § 218a StGB s. Seibel 2007.

⁵ Dies ist v.a. dann bedeutsam, wenn dem Abbruch keine ordnungsgemäße Beratung vorangegangen ist, etwa bei einem Abbruch im Ausland, einer Selbstabtreibung oder sonstigem Laienabort (Eser 2006).

habe. Schwangerschaftsabbrüche müssten daher generell verboten und der Frau die grundsätzliche Pflicht zum Austragen des Kindes auferlegt werden. Diese Schutzpflicht gebiete zudem, Schwangerschaftsabbruch unabhängig vom Zeitpunkt ausnahmslos als Unrecht anzusehen. Grundrechte der Frau führten allerdings dazu, dass es in Ausnahmefällen zulässig bzw. geboten sei, der Schwangeren die Rechtspflicht zum Austragen des Kindes nicht aufzuerlegen. Grundsätzlich sei es dem Gesetzgeber nicht verwehrt, auf ein Schutzkonzept überzugehen, welches den Schwerpunkt auf Beratung lege und dabei auf eine indikationsbedingte Strafdrohung und eine Indikationsfeststellung seitens Dritter verzichte.

Dem aktuellen Beratungsmodell liegt die Überzeugung zugrunde, dass der Lebensschutz in der Frühphase der Schwangerschaft am besten mit ebendieser Beratung gewährleistet ist. Durch die Übertragung der Letztverantwortung auf die Frau und eine entsprechende am Schutz des Lebens orientierte Konfliktberatung sollten mehr Schwangere für das Austragen des Kindes gewonnen werden als durch ein schlichtes Verbot. Effektiver Lebensschutz sei also nicht gegen, sondern nur mit der Frau zu erreichen. Die hierfür erforderlichen Rahmenbedingungen und Inhalte der Schwangerschaftskonfliktberatung regeln die §§ 5-11 SchKG und § 219 StGB. Dort heißt es, die Beratung gehe von der Verantwortung der Frau aus, sei ergebnisoffen zu führen, soll ermutigen und Verständnis wecken, nicht bevormunden oder belehren. Es werde von der Schwangeren erwartet, die Beweggründe für den Abbruch mitzuteilen, allerdings schließe der Beratungscharakter eine Erzwingung der Gesprächsbereitschaft aus (§ 5 SchKG). Zudem habe sich die Beratung von dem Bemühen leiten zu lassen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen. Der Frau müsse bewusst sein, dass das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben habe, und ein Abbruch deshalb nur in Ausnahmesituationen in Betracht kommen könne. Dies sei der Fall, wenn der Frau durch das Austragen des Kindes eine Belastung erwachse, die so schwer und außergewöhnlich sei, dass sie die zumutbare Opfergrenze übersteige (§ 219 StGB).

2.3 Die Diskussion um den moralischen Status menschlicher Embryonen

Die Diskussion über die Zulässigkeit von Schwangerschaftsabbruch und dessen gesetzliche wie rechtliche Regelung ist eng verbunden mit der bioethischen Debatte um den moralischen Status menschlicher Embryonen. Dieser ist Kernpunkt einer tiefgreifenden philosophischen und ethischen Kontroverse über die Verantwortbarkeit der Tötung ungeborenen menschlichen Lebens.

In unserer Gesellschaft ist jeder Mensch ab dem Zeitpunkt der Geburt Träger unveräußerlicher Grundrechte und erhebt sich durch das Tötungsverbot in moralischer Hinsicht über alle anderen Lebewesen. Folglich stellt sich bezogen auf den Schwangerschaftsabbruch die Frage, ob eben diese Sonderstellung bereits dem ungeborenen menschlichen Leben zukommt, und wie dies begründet werden kann. Das Folgende soll nun einen Einblick in die bioethische Statusdiskussion (Wagner-Westerhausen 2008, Lenzen 2004) geben und kurz die Hauptargumente verschiedener Positionen beleuchten, aus denen sich die Schutzwürdigkeit des werdenden Lebens in unterschiedlichem Umfang ableitet.

2.3.1 Die Position der fehlenden Schutzwürdigkeit

Als Anhänger der sogenannten *liberalen* Position gelten u. a. der australische Philosoph Peter Singer und der deutsche Rechtsphilosoph Norbert Hoerster. Beide sind Vertreter der These, dass Embryonen und Feten keinen oder allenfalls einen sehr geringen moralischen Status haben. Für beide wird die Zuerkennung des maximalen moralischen Status und damit eines eigenständigen Lebensrechts an das Vorhandensein eines Überlebensinteresses geknüpft, dessen Ausbildung wiederum bestimmte Eigenschaften voraussetzt. Erst ein ausgebildetes Ichbewusstsein bzw. ein Bewusstsein seiner eigenen Identität im Zeitablauf machen ein Wesen zum Träger zukunftsbezogener Wünsche und damit zu einem *personalen* Wesen (Hoerster 1991). Nur diejenigen Wesen, die über moralisch relevante Kompetenzen wie etwa einen Sinn für Zukunft, Rationalität und ein Bewusstsein verfügen, werden als *Personen* bezeichnet (Singer 1994). Sie haben ein Recht auf Leben und sind in vollem Umfang schützenswert.

Aus dem so definierten Personenbegriff ergibt sich, dass Menschsein und Personsein nicht zwangsläufig zusammengehören. Auch Tiere, sofern sie diese personenspezifischen

Eigenschaften besitzen⁶, sind demnach per definitionem Personen. Sie besitzen damit ein Lebensrecht entsprechend dem eines Menschen, der in ebendiesem Maße über diese Eigenschaften verfügt. Demzufolge gilt: „Nicht alle Mitglieder der Spezies homo sapiens sind Personen, und nicht alle Personen sind Mitglieder der Spezies homo sapiens“ (Singer 1998: 207). Da nach Ansicht sowohl Singers als auch Hoerstes Embryonen und Feten die Kriterien für dieses Personenverständnis nicht erfüllen, haben sie auch kein Recht auf Leben. Der von der Schwangeren gewünschte Abbruch ist somit ein moralisch unbedenklicher Eingriff, der keinerlei zukunftsbezogene Interessen verletzt. Da ab einem bestimmten Zeitpunkt von einer Empfindungsfähigkeit des Embryos auszugehen ist, muss jedoch bei der Wahl der Abbruchmethode das aktuelle Interesse an Schmerzvermeidung Berücksichtigung finden. Dem Einwand, dass nach obiger Definition auch Neugeborene und ganz kleine Kinder nicht als Personen gälten und auch deren Tötung demnach moralisch nicht verwerflich wäre, begegnet Hoerster, indem er der Geburt einen bedeutenden Stellenwert beimisst. Ab diesem Punkt sei jedem menschlichen Wesen ein Lebensrecht zuzuerkennen. Er sieht hierin jedoch weniger aus moralischen, sondern vor allem aus pragmatischen Gründen eine Grenze, die einen optimalen Schutz aller menschlichen Individuen, die bereits ein Überlebensinteresse haben könnten, sicherstelle (Hoerster 1995). Für geeignet hält er den Zeitpunkt der Geburt, da dieser problemlos feststellbar ist, nicht allzu weit vom Auftreten der ersten Spuren personalen Lebens entfernt liegt und zudem einen Punkt markiert, vor dem mit Sicherheit noch kein personales Leben existiert⁷ (Hoerster 1992, 1995). Im Unterschied zu Hoerster spricht sich Singer für ein Zeitfenster von 28 Tagen nach der Geburt aus, in dem ein Neugeborenes in Ausnahmesituationen, wie etwa im Falle einer schwersten Schädigung, getötet werden dürfe. Nach seinen Überlegungen besitze zwar ein neugeborenes Kind erst ab etwa drei Monaten das für den Schutzanspruch entscheidende Überlebensinteresse, allerdings sei ein zweimonatiger Sicherheitsspielraum notwendig (Singer 1994). Ein Kind sei, so Singer, mit 28 Tagen noch weit genug von dem Zeitpunkt entfernt, wo es über genügend Ichbewusstsein verfüge, um sich als kontinuierlich existierend zu erleben und Wünsche für seine Zukunft zu haben, die über das unmittelbare Verlangen nach Wärme, Nahrung oder Schmerzfreiheit hinausgingen (Kuhse und Singer 1993).

⁶ So etwa dem Menschenaffen (Singer 1994).

⁷ Diese Sichtweise wurde in Hoerstes Buch „Neugeborene und das Recht auf Leben“ dahingehend modifiziert, dass er Frühgeborenen erst ab einem Alter von mindestens 28 Wochen ein Recht auf Leben zuspricht, da vor diesem Zeitpunkt ein Überleben ohne medizinische Behandlung nahezu ausgeschlossen sei. Somit haben Eltern von Frühgeborenen das Recht, ihr bereits geborenes Kind bis zu einem Alter von 28 Wochen von einer Ärztin töten zu lassen (Hoerster 1995).

Für die gesetzliche und strafrechtliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs hätte diese Sichtweise weitreichende Konsequenzen. Da die Schutzwürdigkeit menschlicher Embryonen nicht durch moralische Gründe begründbar, sondern allein vom Vorhandensein eines Überlebensinteresses abhängen, wäre ein generelles Tötungsverbot für Embryonen und Feten in keinsten Weise legitimierbar. Schwangere Frauen könnten ihr Kind daher in moralischer Hinsicht, jederzeit, unabhängig vom Zeitpunkt der Schwangerschaft, bedenkenlos abtreiben lassen.

2.3.2 Die Position des absoluten Lebensschutzes

Vertreter der sogenannten *konservativen* Position erachten das ungeborene menschliche Wesen bereits ab dem Zeitpunkt der Befruchtung für in vollem Umfang schützenswert.

In der bioethischen Debatte haben sich vier Hauptargumente (Klar et al. 2007) herauskristallisiert, die angeführt werden, um eine Ausweitung des Tötungsverbots auf Embryonen zu rechtfertigen. Erstens wird behauptet, dass Embryonen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zur Spezies Mensch Schutzanspruch haben (*Speziesargument*). Da jedem Mitglied der menschlichen Spezies durch seine Zugehörigkeit Schutzanspruch zugesprochen wird und auch der Embryo von Anfang an artzugehörig ist, ist auch er schützenswert. Alle menschlichen Wesen sind also in ihrer biologischen Eigenschaft als Mensch schützenswert. Die natürliche Artzugehörigkeit wird zuweilen als untrennbar mit dem Begriff der Menschenwürde verstanden, welche wiederum mit religiösen Weltanschauungen begründet wird. Diese Würde, so der Moraltheologe Eberhard Schockenhoff, erkläre sich aus der leib-seelischen Einheit des Menschen, dessen leibliche Daseinsweise zweifellos an der Würde seiner Gottebenbildlichkeit teilhabe (Schockenhoff 2002).

Zweitens wird auf die Kontinuität in der menschlichen Entwicklung verwiesen, durch die, so die These, jeder Versuch moralisch relevante Einschnitte im Entwicklungsprozess zu definieren, willkürlich wird (*Kontinuumsargument*). Zur Bekräftigung wird oftmals darauf hingewiesen, dass zwischen einem wenige Tage alten Säugling und einem Neugeborenem ebenso wenig moralrelevante Unterschiede auszumachen sind, wie zwischen einem Frühgeborenen und einem Fötus gleichen Alters, der sich noch im Mutterleib befindet. Das Fehlen markanter Sprünge lässt in der gesamten Entwicklung des Menschen, so die Befürworter des Arguments, keine Abstufung im moralischen Status zu.

Ein drittes in diesem Zusammenhang angeführtes Argument bezieht sich auf die Identität. Es wird behauptet, dass der Embryo und der sich aus ihm entwickelnde erwachsene Mensch in

moralisch relevanter Weise identisch sind und beiden daher der gleiche Schutzanspruch zukommen muss (*Identitätsargument*).

Das letzte der Hauptargumente sieht in der Potenz des Embryos, sich unter Umständen zu einem erwachsenen Menschen zu entwickeln, einen entscheidenden Grund für die Ausweitung der Schutzwürdigkeit (*Potentialitätsargument*). Der Embryo ist zwar noch kein Mensch, der aktuell über bestimmte Fähigkeiten wie Bewusstsein, Rationalität usw. verfügt, aber er besitzt zweifelsohne die Potenz, all diese Eigenschaften auszubilden. Nach Wieland beruhe die Würde des Menschen, und damit auch sein in ihr verankertes Recht auf Lebensschutz, ausschließlich auf seiner Anlage, ein moralfähiges Wesen zu sein (Wieland 2002).

Einige Autoren betonen, dass die Argumente der Spezieszugehörigkeit, Kontinuität, Identität und Potentialität nicht isoliert betrachtet werden dürften, sondern in Abhängigkeit bzw. Bedingung zueinander stünden. Ludger Honnefelder geht beispielsweise davon aus, dass dem ungeborenen Menschen erst durch die Identität und die Kontinuität, die ihn mit dem geborenen Menschen verbinden, die reale Potentialität zukommen kann, sich zu einem geborenen Menschen zu entwickeln (Honnefelder 2002). Auch Rainer Enskat versteht die oben aufgeführten Argumente in Verbindung zueinander, er betont vor allem die Verflechtung von Identitäts- und Speziesargument (Enskat 2002).

Die Vertreter der hier beschriebenen Thesen versuchen allesamt zu zeigen, dass Menschenwürde und der damit in vollem Umfang einhergehende Schutzanspruch bereits mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle Geltung erlangen. Eine Einschränkung des Tötungsverbots nach diesem Zeitpunkt ist folglich moralisch verwerflich. Als Konsequenz wäre Schwangerschaftsabbruch in keiner Weise bzw. nur in äußersten Ausnahmen wie etwa bei Bedrohung des Lebens der Frau, moralisch zu rechtfertigen.

2.3.3 Das Modell des abgestuften moralischen Status

Die beiden oben skizzierten Positionen zum moralischen Status des Embryos vertreten jede für sich genommen Extreme. Die bioethische Debatte erscheint trotz fortlaufender Kritik an der jeweiligen Gegenposition festgefahren (Geyer 2001). Eine Annäherung oder gar eine Einigung der Kontrahenten auf einen Kompromiss erscheint derzeit unmöglich. Im Folgenden soll nun weniger auf die Kritik an den einzelnen Positionen eingegangen werden als vielmehr ein Vermittlungs- und Lösungsvorschlag vorgestellt werden.

Einige Philosophen halten eine Zwischenposition im Sinne eines abgestuften moralischen Status mit bedingter Schutzwürdigkeit für überzeugender. Bisweilen wird dem Argument der Potentialität, nach Ansicht von Marcus Düwell überhaupt die „einzige Möglichkeit ihren moralischen Status zu begründen“ (Düwell 2003: 228), die stärkste Bedeutung zugesprochen. Die Potenz des Embryos, sich unter bestimmten Bedingungen zu einem voll handlungsfähigen Menschen zu entwickeln, wird zwar als nicht ausreichend angesehen, einen vollen moralischen Status zu rechtfertigen, aber dennoch zu gewichtig um, wie etwa bei Singer, gar keine Berücksichtigung zu finden. Angemessen sei daher, so Klaus Steigleder, die Zuerkennung eines moralisch bedeutsamen Status, der ein grundsätzliches Schutz- und Förderungsgebot begründe. Dieses Gebot schließe einen Schwangerschaftsabbruch keineswegs aus. Vielmehr befinde sich ein Schwangerschaftskonflikt in einer unvermeidlichen, unaufhebbaren normativen Unschärfe. Gerade aufgrund der Unauflösbarkeit dieser normativen Grauzone bedürfe die Schwangere eines normativ geschützten, rechtlich offenen Entscheidungsspielraums (Steigleder 2006).

Auch für Dieter Birnbacher existieren keine schlüssigen Argumente, die zwingend eine bedingungslose Schutzwürdigkeit zur Folge hätten. Für ihn ist der Embryo nicht deshalb schützenswert, weil universal gültige *moralische* Normen Anwendung finden, sondern vor allem wegen seiner sozialen Bedeutungsgehalte, die andere aufgrund *kultureller* Normen mit ihm verbinden. Birnbacher verweist auf eine Gemeinsamkeit von menschlichen Embryonen und menschlichen Leichnamen. Obwohl beide ihrerseits keine Interessenssubjekte und Träger eigenständiger Rechte seien, gebiete das Prinzip der *Pietät*, ihre symbolischen Bedeutungen zu berücksichtigen (Birnbacher 2004a).

Aus diesem Pietätsprinzip folge, so Alfred Simon, die moralische Verpflichtung, Verletzungen des Lebensschutzes Ungeborener zu minimieren und Schwangerschaftsabbrüche zu vermeiden, sofern der Schwangerschaftskonflikt auf keine andere akzeptable Weise gelöst werden könne (Simon 2008).

2.4 Schwangerschaftsabbruch aus verantwortungsethischer Perspektive

Betrachtet man die bisher aufgeführten Überlegungen zum Schwangerschaftsabbruch, so fällt auf, dass der Embryo in der Statusdebatte zumeist isoliert als eigenständiges Individuum frei von sozialen Kontexten betrachtet wird. Es ist jedoch fraglich, inwiefern Ansätze zur Bewertung von Schwangerschaftskonflikten und zum Umgang mit menschlichen Embryonen überhaupt geeignet sind, die ausschließlich um die Zuschreibung von Individualinteressen und

absoluten Rechten ringen, nicht aber eine der ureigensten Fähigkeiten des Menschen, die Ausbildung von sozialen Beziehungen, entsprechend zu berücksichtigen. Orientierend an der Definition „menschliches Leben als Leben in Beziehung“ (Wiesemann 2006: 33) soll nun im Folgenden ein Konzept vorgestellt werden, welches die mit dem Schwangerschaftsabbruch einhergehenden Probleme und Konflikte aus beziehungs- und verantwortungsethischer Perspektive beleuchtet.

Nach der Medizinethikerin Claudia Wiesemann entsteht der moralische Konflikt in der Schwangerschaft dann, wenn die Frau Bedenken hat, die Verantwortung für das Kind nicht in ausreichendem Maße übernehmen zu können, um dem Anspruch des Kindes auf unbedingte Liebe zu genügen (Wiesemann 2006). Es ist also nicht die Angst vor Verletzung eigener individueller Interessen, sondern primär die Sorge um die leibliche und seelische Integrität des Kindes, welche im Zweifelsfall ausschlaggebend für den Abbruch einer Schwangerschaft ist. Es ist nicht der Egoismus der Frau, sondern die sich aus der innigen Mutter-Kind-Beziehung ergebende Fürsorge für das Kind. Gerade weil werdende Mütter ihre Verantwortung so ernst nehmen und sich des Bedeutungsgehalts von Elternschaft bewusst sind, bedarf es der Möglichkeit, sich unter Umständen gegen das Kind entscheiden zu können. Denn wer Elternschaft nur als ein von besonderen Pflichten und Rechten geprägtes Verhältnis versteht, verkennt das Eigentliche. Elternschaft ist Verantwortung aus Zuneigung (Wiesemann 2006, 2007). Ob Eltern diesem moralischen Gehalt von Elternschaft gerecht werden können, müssen sie immer wieder individuell unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebensumstände selbst entscheiden. Klar ist jedoch, dass die persönliche Freiheit diese Verantwortung zu übernehmen bzw. auch abzulehnen zwangsläufig eine Grundvoraussetzung für das Gelingen einer Eltern/Mutter-Kind-Beziehung ist und keineswegs als individuelle Willkür verstanden werden darf (Wiesemann 2008). Die freiwillige, zwanglose Übernahme von Verantwortung ist der Nährboden, auf dem vertrauensvolle, zwischenmenschliche Beziehungen gedeihen können und daher konstitutiv für eine funktionierende Eltern-Kind-Beziehung. Moralisches Verhalten ist eng verknüpft mit der Achtung sozialer Beziehungen. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Diskussion um die Schutzwürdigkeit von Embryonen und die moralische Bewertung von Schwangerschaftsabbruch, die den moralischen Gehalt sozialer Beziehungen außer Acht lässt bzw. nicht anerkennt, unvollständig und einseitig. Daher erscheint es dringend geboten, die ethischen Ansätze, die Embryo und Schwangere als beziehungslose Individuen betrachten, um eine Ethik der Beziehungen und Verantwortung, die sich am Gelingen menschlicher Beziehungen orientiert, zu ergänzen.

2.5 Zusammenfassung

Der geschichtliche Überblick über die Behandlung der Abtreibungsfrage hat gezeigt, dass sich die moralische Bewertung von Schwangerschaftsabbruch mit der Entstehung des Christentums grundlegend und nachhaltig verändert hat. Während man in vorchristlicher Zeit die Abtreibung eines Kindes tolerierte bzw. unter bestimmten Umständen sogar für geboten hielt, und man darin keinerlei moralisches Fehlverhalten sah, so erfolgte durch das christliche Gottes- und Beseelungsverständnis ein Wandel hin zur Einstufung als Verbrechen bzw. Mord mit entsprechenden strafrechtlichen Konsequenzen. Erst im Zeitalter der Aufklärung wurden der kirchlich tradierten Beseelungslehre wissenschaftliche Erkenntnisse entgegengesetzt und Abmilderungen im Sanktionsmaß durchgesetzt. Um die Wende zum 20. Jahrhundert entstanden schließlich Gegenbewegungen in der Bevölkerung, die die Abschaffung des Abtreibungsverbots forderten. Diese können als Vorläufer der sich in den 1970er Jahren formierenden Protestbewegung angesehen werden, die für die Einführung einer Fristenlösung stritten und in den Folgejahren heftige Debatten auslösten. Langwierige Verhandlungen, mehrere Gesetzesentwürfe und zwei Urteile des Bundesverfassungsgerichts waren notwendig, ehe man sich 1995 im Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz auf den Kompromiss einigte, der die aktuell geltende Gesetzeslage zum Schwangerschaftsabbruch beinhaltet. Orientierend an den Wertvorstellungen des Obersten Gerichts, welches dem Ungeborenen bereits ab dem Zeitpunkt der Befruchtung ein eigenständiges Lebensrecht und Menschenwürde zuspricht, unterscheidet der Gesetzgeber zwischen gerechtfertigten und nicht gerechtfertigten Abbrüchen. Sofern die Zeitgrenzen und Rahmenbedingungen eingehalten werden, sieht das Gesetz in beiden Fällen keine Bestrafung vor. Als gerechtfertigt gilt ein Schwangerschaftsabbruch, wenn eine medizinische oder kriminologische Indikation vorliegt. Nicht gerechtfertigt, aber straffrei ist der Abbruch, wenn er innerhalb der ersten zwölf Schwangerschaftswochen nach vorangegangener Pflichtberatung erfolgt. Hintergrund dieser Beratungsregelung ist die Überlegung, durch ein am Lebensschutz orientiertes, professionelles Beratungsgespräch mehr Frauen zum Austragen der Schwangerschaft zu gewinnen als durch ein generelles Verbot.

Der Einblick in die Diskussion um den moralischen Status hat zwei konträre philosophische Ansätze skizziert und einen Vermittlungsvorschlag vorgestellt.

Einige Philosophen gehen davon aus, dass ein Lebensrecht des Embryos nicht zu begründen ist, da ihm die Fähigkeiten zur Ausbildung zukunftsbezogener Wünsche fehlen. Diese Fähigkeiten sind wiederum an bestimmte Eigenschaften wie etwa ein Sinn für Zukunft oder

Rationalität gekoppelt, die dem Ungeborenen nicht zugesprochen werden. Ein Schwangerschaftsabbruch ist folglich in moralischer Hinsicht grundsätzlich unbedenklich, ein bedeutender moralischer Status des Embryos und ein damit einhergehender Schutzanspruch nicht begründbar.

Andere wiederum argumentieren, dass der volle moralische Status und damit das Lebensrecht bereits dem Ungeborenen durch seine Zugehörigkeit zur Spezies Mensch (Speziesargument) zukommt bzw. durch seine Potenz (Potentialitätsargument), sich unter günstigen Umständen kontinuierlich, ohne moralisch relevante Zäsuren (Kontinuumsargument) zu einem erwachsenen Menschen entwickeln zu können, der ihm in moralischer Hinsicht identisch sei (Identitätsargument). Als Zeitpunkt für den Beginn der absoluten Schutzwürdigkeit wird von den Vertretern dieser Argumente zumeist die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle angegeben. Ein Schwangerschaftsabbruch wäre demnach allenfalls in absoluten Ausnahmesituationen wie etwa einer Lebensbedrohung der Frau durch die Schwangerschaft moralisch zu rechtfertigen.

Eine Mittelstellung dieser beiden Positionen beziehen die Vertreter des Modells des abgestuften moralischen Status. Besonders dem Argument der Potentialität wird größere Bedeutung zugewiesen. Auch die Tatsache, dass ein Embryo einen sozialen Bedeutungsgehalt für andere hat, bleibt nicht unberücksichtigt. Angemessen sei daher, so die Anhänger, eine bedingte Schutzwürdigkeit des Embryos verbunden mit der Pflicht, jegliche Eingriffe, die zur Verletzung des Lebensschutzes führten, zu minimieren.

Abschließend wurde eine Alternative zur herkömmlichen Statusdiskussion vorgestellt, die die Problematik des Schwangerschaftsabbruchs aus beziehungs- und verantwortungsethischer Perspektive beleuchtet. Im Mittelpunkt der Betrachtungen stehen hierbei nicht Mutter und Kind als zwei voneinander getrennte Individuen, die um die Zuschreibung individueller Interessen ringen, sondern die sozialen Beziehungen, die sie verbinden. Um dem vertrauensvollen Verhältnis zwischen Mutter und Kind und dem moralischen Gehalt von Elternschaft gerecht zu werden, bedürfe es demnach der Möglichkeit, sich frei und zwanglos für oder gegen ein Kind und die Übernahme der damit einhergehenden Verantwortung entscheiden zu können.

3. Forschungsfragen

Der Überblick über die aktuelle gesetzliche Regelung zum Schwangerschaftsabbruch hat verdeutlicht, welche hohen Erwartungen und Ansprüche mit der Schwangerschaftskonfliktberatung verknüpft sind. Die mit der moralischen Bewertung von Schwangerschaftsabbruch eng verbundene Diskussion um den moralischen Status des menschlichen Embryos hat gezeigt, welche unterschiedlichen Ansätze existieren, aus denen die Schutzwürdigkeit des ungeborenen Lebens in unterschiedlichem Maße abgeleitet werden kann.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, zu untersuchen, wie Schwangerschaftskonfliktberaterinnen ihr eigenes Berufsverständnis einschätzen und wie sie als Expertinnen der täglichen Beratungspraxis Schwangerschaftsabbruch moralisch bewerten. Dadurch sollen allen beteiligten Diskussionspartnern empirisch erhobene Daten zur Schwangerschaftskonfliktberatung zu Verfügung gestellt werden.

Im Einzelnen sollen folgende Fragen beantwortet werden:

3.1 Fragen zur Ausgestaltung der Beratungsgespräche

- Mit welcher Häufigkeit werden bestimmte Themen und Begriffe in der Schwangerschaftskonfliktberatung angesprochen und welche Schwerpunkte setzen die Beraterinnen bei der Erörterung der Thematik?
- In wie vielen Fällen aller durchgeführten Beratungsgespräche ermutigen die Beratenden die Schwangeren zur Fortsetzung der Schwangerschaft?
- Inwiefern werden bestimmte normative Vorgaben, wie etwa die Erörterung der im Gesetzestext zu § 219 StGB angeführten Themen „Schutz des ungeborenen Lebens“ und „Lebensrecht des Ungeborenen“, bei der Durchführung der Schwangerschaftskonfliktberatung berücksichtigt?

- Inwieweit lassen sich Unterschiede zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Beraterinnen bzw. Beraterinnen verschiedener Beratungseinrichtungen in der Ausgestaltung der Beratungsgespräche finden?

3.2 Einschätzungen zum Berufsverständnis

- Wie schätzen die Beraterinnen ihr persönliches Rollen- und Berufsverständnis ein und an welchem Beratungsethos orientieren sie sich hinsichtlich einer eventuellen Prioritätensetzung?
- Welche Rolle spielen für die Beraterinnen die gesetzlichen Vertreter in der Schwangerschaftskonfliktberatung bei Minderjährigen, insbesondere im Hinblick auf die Einwilligung der Minderjährigen in den Schwangerschaftsabbruch?
- Lassen sich hinsichtlich des Beratungsverständnisses Unterschiede zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Beraterinnen bzw. Beraterinnen verschiedener Beratungseinrichtungen feststellen?

3.3 Fragen zur moralischen Bewertung von Schwangerschaftsabbruch

- Wie bewerten die Beraterinnen die Thematik des Schwangerschaftsabbruchs moralisch und welches Werteverständnis wird hierzu herangezogen?
- Inwieweit teilen die Beraterinnen die Normvorstellungen des Bundesverfassungsgerichts zum Schwangerschaftsabbruch, insbesondere im Hinblick auf Würde- und Unrechtsverständnis?
- Inwiefern ergeben sich in der moralischen Bewertung Unterschiede zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Beraterinnen bzw. Beraterinnen verschiedener Beratungseinrichtungen?

4 Material und Methoden

In Zusammenarbeit mit der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM) und dem niedersächsischen Landesverband der Deutschen Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. (*pro familia*) wurde von Oktober bis Dezember 2009 eine niedersachsenweite Befragung von Schwangerschaftskonfliktberaterinnen mittels Fragebogen durchgeführt. Ziel des Projekts war die Untersuchung der Beratungstätigkeit im Schwangerschaftskonflikt nach § 218a StGB. Der Schwerpunkt lag darin, die persönliche Meinung der Beraterinnen und ihre Moralvorstellungen zu Schwangerschaftsabbruch sowie ihr individuelles Beratungsverständnis zu erfassen. Die Ergebnisse wurden anschließend in drei Vergleichsgruppen gegenübergestellt und verglichen.

4.1 Stichprobe

Die Befragung erfolgte in zwei Teilen. Der erste Befragungsteil umfasste ärztliche und nichtärztliche Beraterinnen. Aus einer vom niedersächsischen Sozialministerium im Internet veröffentlichten Liste aller staatlich anerkannten Beratungsstellen⁸ wurden alle Ärztinnen sowie stichprobenartig nichtärztliche Beratungsstellen für die Befragung ausgewählt (n=259). Die Beratungseinrichtungen von *pro familia* blieben auf Grund der gesonderten Erhebung (s.u.) unberücksichtigt. Um eine persönliche Adressierung zu ermöglichen, wurden die Namen der nichtärztlichen Beraterinnen auf den jeweiligen Webseiten der Beratungseinrichtungen recherchiert. Bei den Ärztinnen handelte es sich überwiegend um niedergelassene Gynäkologinnen, die Nichtmedizinerinnen waren für Beratungseinrichtungen in konfessioneller und nichtkonfessioneller Trägerschaft tätig. Die zweite Teilbefragung richtete sich an Mitarbeiterinnen von *pro familia*. Über den Landesverband wurden alle 19 Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen in Niedersachsen angeschrieben und um Mitarbeit gebeten. Dem Anschreiben lagen jeweils drei Fragebögen bei (n=57). Für die Beantwortung der Fragebögen wurde jeweils eine Frist von zwei Wochen festgesetzt.

⁸ http://www.ms.niedersachsen.de/live/live.php?navigation_id=5146&article_id=14177&_psmand=17 [Stand: 24.08.2010]

4.2 Der Fragebogen

Zur Beantwortung der oben dargestellten Fragestellungen wurde ein achteiliger Fragebogen entwickelt (s. Anhang). Die Teilnehmerinnen der Studie wurden in der Mehrzahl der Fragen aufgefordert, zwischen vorgegebenen Antwortmöglichkeiten zu wählen. In einigen Fällen wurde konkret nach Zahlen bzw. Prozentangaben gefragt, eine Frage wurde offen gestellt. Zudem gab es fünfmal die Möglichkeit, sich in Form eines schriftlichen Kommentars ergänzend zu äußern.

Im Folgenden soll nun kurz auf die acht Fragenblöcke eingegangen werden:

Fragenblock 1: Allgemeine Fragen zur Schwangerschaftskonfliktberatung

Zunächst wurden die Probandinnen zu Ihrer Berufserfahrung, Anzahl und Dauer der durchgeführten Beratungen sowie zur Art ihrer Beratungseinrichtung befragt. Die Beratungsfälle mit mehr als einem Gesprächstermin sollten prozentual geschätzt werden.

Fragenblock 2: Angesprochene Themen

Im zweiten Teil sollte die Häufigkeit eingeschätzt werden, mit der vorgegebene Themen im Konfliktgespräch angesprochen werden. Zur Auswahl standen Antwortmöglichkeiten „häufig“, „manchmal“, „selten“ und „nie“. Im Anschluss bestand die Möglichkeit, weitere Themen zu ergänzen.

Fragenblock 3: Begriffe für das ungeborene Leben

In dieser Frage wurde danach gefragt, welche Bezeichnungen im Beratungsgespräch für das ungeborene Leben verwendet werden. Vorgegeben waren sechs Begriffe, wobei zwischen zwei Szenarien unterschieden wurde. Im ersten ging es im Gespräch um die Fortsetzung der Schwangerschaft, im zweiten standen Abbruchgedanken im Mittelpunkt.

Fragenblock 4: Verständnis der eigenen Rolle in der Schwangerschaftskonfliktberatung

Die folgenden Fragen bezogen sich auf das Berufs- und Rollenverständnis als Beraterin. Als Antwortmöglichkeit standen „Stimme voll und ganz zu“, „Stimme eher zu“, „Stimme eher

nicht zu“ und „Stimme überhaupt nicht zu“ zur Auswahl. Abschließend konnten Anmerkungen ergänzt werden.

Fragenblock 5: Schwangerschaftskonfliktberatung bei Minderjährigen

Im fünften Abschnitt wurde auf die Schwangerschaftskonfliktberatung bei Minderjährigen eingegangen. Unterschieden wurden Beratungen schwangerer Mädchen unter 16 Jahren von der Beratung Minderjähriger ab 16 Jahren. Gestellt wurden jeweils fünf Fragen, die insbesondere auf die Rolle des gesetzlichen Vertreters im Beratungsgespräch abzielten. Auch hier sollten die Fragen mit „Stimme voll und ganz zu“, „Stimme eher zu“, „Stimme eher nicht zu“ und „Stimme überhaupt nicht zu“ bewertet werden.

Fragenblock 6: Persönliche Einschätzung des Schwangerschaftsabbruchs nach § 218a StGB

Die folgenden Fragen beschäftigten sich mit der moralischen Bewertung von Schwangerschaftsabbruch, dem moralischen Status menschlicher Embryonen, der Bewertung der aktuellen gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs sowie Abbruchalternativen. Als Antwortschema wurde wieder „Stimme voll und ganz zu“, „Stimme eher zu“, „Stimme eher nicht zu“ und „Stimme überhaupt nicht zu“ vorgegeben.

Fragenblock 7: Einschätzung zur persönlichen Priorität

Im vorletzten Teil sollte angegeben werden, in wie viel Prozent der Beratungen zu Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft ermutigt wird. Darüber hinaus sollte der prozentuale Anteil der Schwangeren geschätzt werden, die mit der Absicht, die Schwangerschaft abubrechen, in die Beratung kommen sowie der Anteil der Frauen, die durch die Beratung zur Fortsetzung der Schwangerschaft bewegt werden.

Fragenblock 8: Angabe zur Person

Abschließend wurden soziodemographische Daten erhoben. Neben Fragen zu Alter, Geschlecht, Anzahl der eigenen Kinder, Größe des Ortes, an dem sich der Arbeitsplatz befindet, und ihrem fachlichem Hintergrund, sollten die Teilnehmerinnen spezifische Qualifikationen für die Schwangerschaftskonfliktberatung nennen. Zudem wurden die

Beraterinnen um Angaben zu ihrer Religionsgemeinschaft gebeten. Ferner sollten sie ihre Religiosität auf einer 10-stufigen Skala einschätzen.

4.3 Versand und Verteilung des Fragebogens

Der Versand der Fragebögen erfolgte zwischen Oktober und Dezember 2009. Im beiliegenden Anschreiben wurden alle potenziellen Teilnehmerinnen über die Zielsetzung des Forschungsvorhabens aufgeklärt. Ferner wurde ihnen Anonymität bei der Datenauswertung zugesichert. Die Probandinnen der ersten Teilbefragung wurden zudem gebeten, auf einem Deckblatt, das vor der Dateneingabe vernichtet wurde, ihren Namen anzugeben sowie bei Interesse den Wunsch auf Zusendung der Ergebnisse zu vermerken. Auf diese Weise war es möglich, nach Ablauf der zweiwöchigen Rücksendefrist einen Recall in Form eines persönlichen Erinnerungsschreibens durchzuführen in dem bei Nichtteilnahme die Angabe der Beweggründe erbeten wurde. Anzukreuzen waren zeitliche, datenschutzrechtliche und moralische Motive, weitere Gründe konnten als Freitext ergänzt werden.

4.4 Bearbeitung der Fragebögen und statistische Verfahren

Die statistische Analyse erfolgte mit der Software Statistica (Version 9.1, Statsoft). Die erhobenen Daten wurden durch absolute Häufigkeiten und Mittelwerte beschrieben. Die Zustimmungsscores zwischen den Gruppen wurden mit dem Kruskal-Wallis-Test auf Signifikanzen getestet. Im Falle eines signifikanten globalen Gruppenunterschiedes wurden die Gruppen paarweise mit dem Mann-Whitney-U-Test verglichen. Als Signifikanzgrenze wurde für alle Tests $p < 0,05$ festgelegt. Die statistische Auswertung erfolgte unter Anleitung und Betreuung der Abteilung Medizinische Statistik der Universitätsmedizin Göttingen.

5. Ergebnisse

Von den 259 versandten Fragebögen kamen 120 ausgefüllt zurück. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 48 %. Zwei Fragebögen kamen außerhalb des angegebenen Zeitraums und blieben daher unberücksichtigt. Für die Auswertung wurden drei Vergleichsgruppen gebildet: Aus der ersten Teilbefragung wurde zwischen *ärztlichen* (Rücklauf 54 %, n=44) und *nichtärztlichen* (Rücklauf 47 %, n=52) Beraterinnen unterschieden, die dritte Gruppe setzte sich aus den Beraterinnen von *pro familia* (Rücklauf 42 %, n=24) zusammen. Letztere wurden bewusst nicht der allgemeinen Gruppe der nichtärztlichen Beraterinnen zugeordnet, sondern als überregional agierender, nicht-staatlicher, nicht-konfessioneller Verband mit eigenem Leitbild einer gesonderten Betrachtung unterzogen.

24 der für die erste Teilbefragung vorgesehenen Beraterinnen sendeten das Erinnerungsschreiben zurück und gaben darin die Beweggründe⁹ für ihre Nichtteilnahme an. Für 54 % war Zeitmangel ausschlaggebend, 29 % hatten datenschutzrechtliche Bedenken und 21 % lehnten die Befragung aus moralischen Gründen ab¹⁰.

5.1 Soziodemographie und allgemeine Daten zum Beratungsgespräch

5.1.1 Soziodemographische Daten

Tabelle 1 vergleicht die prozentuale Verteilung der soziodemographischen Daten in den Vergleichsgruppen und zeigt die Gesamtverteilung.

5.1.1.1 Geschlecht, Alter und Anzahl der eigenen Kinder

Die überwiegende Mehrheit der Befragten war weiblich (84 %) und zwischen 40 und 59 Jahre alt (77 %). In den nichtärztlichen Beratungsstellen und bei *pro familia* waren nahezu ausschließlich Frauen tätig (96 % bzw. 92 %), unter den Ärzten war gut ein Drittel männlich. Der Altersdurchschnitt der Medizinerinnen war etwas höher als in den beiden anderen Vergleichsgruppen. Während unter ihnen kaum jemand jünger als 40 (4 %) und ein Viertel über 60 Jahre alt war, war in den beiden anderen Kollektiven fast niemand über 60 (Nichtmedizinerinnen: 2 %, *pro familia*: 0 %) und ein größerer Anteil jünger als 40 Jahre (Nichtmedizinerinnen: 14 %, *pro familia*: 25 %).

⁹ Bei der Angabe der Gründe waren Mehrfachantworten möglich.

¹⁰ Weitere Gründe s. Anhang.

Tabelle 1: Soziodemographische Daten und Rücklauf

	Ärztliche Beraterinnen n = 44	Nichtärztliche Beraterinnen n = 52	Pro familia - Beraterinnen n = 24	<u>gesamt</u> n = 120
Rücklauf	54 %	47 %	42 %	48 %
Geschlecht				
Weiblich	66 %	96 %	92 %	84 %
Männlich	34 %	4 %	8 %	16 %
Alter				
< 30 Jahre	-	2 %	4 %	2 %
30–39 Jahre	4 %	12 %	21 %	11 %
40–49 Jahre	30 %	44 %	37 %	37 %
50–59 Jahre	41 %	40 %	38 %	40 %
> 60 Jahre	25 %	2 %	-	10 %
Eigene Kinder [Anzahl]				
ja	91 %	79 %	75 %	82 %
1	23 %	21 %	21 %	22 %
2	39 %	29 %	50 %	36 %
3	20 %	15 %	4 %	15 %
4	9 %	8 %	-	7 %
k. A.	-	6 %	-	2 %
nein	9 %	19 %	25 %	17 %
k. A.	-	2 %	-	1 %
Fachlicher Hintergrund*				
Medizin	100 %	8 %	4 %	41 %
Sozialpädagogik	-	75 %	75 %	48 %
Sonstiges**	2 %	35 %	38 %	23 %
Mitglied einer Kirche				
ja	70 %	77 %	58 %	71 %
katholisch	27 %	31 %	4 %	24 %
evangelisch	41 %	40 %	50 %	43 %
k. A.	2 %	6 %	4 %	4 %
nein	30 %	19 %	38 %	27 %
k. A.	-	4 %	4 %	2 %
Religiosität				
< 4 (gering)	27 %	17 %	46 %	27 %
4–7 (mittel)	39 %	50 %	38 %	43 %
> 7 (hoch)	32 %	27 %	12 %	26 %
k.A.	2 %	6 %	4 %	4 %
Ortsgröße [Einwohner]				
< 20.000	7 %	17 %	-	10 %
20-100.000	54 %	58 %	50 %	55 %
100-500.000	16 %	19 %	50 %	24 %
> 500.000	23 %	2 %	-	9 %
k. A.	-	4 %	-	2 %
Art der Beratungseinrichtung				
Praxis	100 %	-	-	37 %
Beratungsstelle	-	100 %	100 %	63 %

* Mehrfachantworten möglich ** Genaue Auflistung s. Anhang

Die Mehrzahl der Beraterinnen hatte selbst eigene Kinder (82 %), überwiegend zwei (36 %). Die Ärztinnen gaben etwas häufiger an Kinder zu haben (91 %) als die nichtärztlichen und *pro-familia*-Beraterinnen (79 % bzw. 75 %).

5.1.1.2 Fachlicher Hintergrund und Zusatzqualifikationen¹¹

Ein Großteil der Ärztinnen (85 %) hatte neben dem Medizinstudium zusätzliche Qualifikationen für die Schwangerschaftskonfliktberatung erworben. Neben diversen Fort- und Ausbildungen zum Thema (48 %) nannten sie vor allem Kenntnisse in Psychosomatik (32 %) und Psychotherapie (18 %). Der fachliche Hintergrund der Nichtmedizinerinnen und *pro-familia*-Beraterinnen war jeweils vorrangig Sozialpädagogik (75 %), ansonsten wurden meist Fachrichtungen aus dem sozialen Bereich (14 %), Diplompädagogik (7 %) und Psychologie/Psychotherapie (5 %) angegeben. Die Nichtmedizinerinnen hatten in ähnlich hohem Maße Zusatzqualifikationen (89 %) vorzuweisen wie die Ärztinnen und verwiesen auf Fort- und Weiterbildungen (40 %) sowie spezielle Ausbildungen (29 %). Auch bei den zusätzlichen Qualifikationen der Beraterinnen von *pro familia* (92 %) standen Fortbildungen (67 %) und entsprechende Grundkurse bzw. Ausbildungen (46 %) im Vordergrund.

5.1.1.3 Konfessionszugehörigkeit, Religiosität, Ortsgröße und Art der Beratungseinrichtung

Über 70 % der Befragten waren Mitglied in einer Kirche, 43 % evangelisch und 24 % katholisch. Knapp die Hälfte der Beraterinnen stufte sich als durchschnittlich religiös (Skalenwert 4-7) ein. Etwa ein Viertel war nicht bzw. gering religiös (Skalenwert 1-3), eben so viele gaben an, sehr religiös (Skalenwert 8-10) zu sein. *Pro familia* hatte die meisten Konfessionslosen (38 %), den geringsten Anteil an Katholikinnen (4 %) sowie deutlich die meisten, die ihre Religiosität als gering einschätzten (46 %).

Gut die Hälfte der Beratungsstellen befand sich in mittelgroßen Städten mit 20.000 bis 100.000 Einwohnern, jeweils rund 10 % in kleinen Orten mit unter 20.000 sowie in Großstädten mit über 500.000 Bewohnern. Etwas mehr als ein Drittel der Befragten war in einer Arztpraxis, alle übrigen in nichtärztlichen Beratungseinrichtungen tätig¹².

¹¹ Mehrfachantworten möglich. Ergänzungen zum fachlichen Hintergrund und genaue Auflistung der Zusatzqualifikationen s. Anhang.

¹² Ergänzungen zur Frage nach der Art der Beratungseinrichtungen s. Anhang.

5.1.2 Berufserfahrung und Dauer des Beratungsgesprächs

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Berufserfahrung der Beraterinnen sowie über die Anzahl und die Dauer der von ihnen durchgeführten Beratungen.

Tabelle 2: Berufserfahrung, Anzahl der Beratungen pro Jahr, Beratungsdauer

	Ärztliche Beraterinnen n = 44	Nichtärztliche Beraterinnen n = 52	Pro familia - Beraterinnen n = 24	<u>gesamt</u> n = 120
Berufserfahrung				
< 5 Jahre	18 %	27 %	17 %	22 %
5–10 Jahre	30 %	42 %	33 %	36 %
> 10 Jahre	52 %	31 %	50 %	42 %
Beratungen/Jahr				
< 20	19 %	21 %	0 %	16 %
20–49	53 %	33 %	8 %	35 %
50–100	21 %	37 %	63 %	36 %
> 100	7 %	9 %	21 %	11 %
k. A.	2 %	-	8 %	2 %
Geschätzter Anteil* der jährlichen Beratungen mit > 1 Beratungstermin k. A.	10 % 7 %	8 % 10 %	5 % 13 %	8 % 9 %
Beratungsdauer* [min]				
Minimum	21	41	36	32
Maximum	42	76	69	62

* Durchschnittswerte

Die Mehrheit der Beraterinnen (42 %) hatte länger als 10 Jahre im Bereich der Schwangerschaftskonfliktberatung gearbeitet, 22 % waren seit weniger als fünf Jahren in diesem Berufsfeld tätig. Die Hälfte der Teilnehmerinnen beriet im Jahr weniger als 50 Schwangere und ein Konfliktgespräch dauerte im Durchschnitt zwischen einer halben und einer Stunde.

Jeweils rund die Hälfte der Ärztinnen und *pro-familia*-Beraterinnen hatte mehr als 10 Jahre Berufserfahrung, die meisten Mitarbeiterinnen der nichtärztlichen Beratungsstellen führten seit fünf bis zehn Jahren Schwangerschaftskonfliktberatungen durch (42 %). 84 % der Beraterinnen von *pro familia* hatten jährlich mehr als 50 Schwangere beraten, eine große Mehrheit der Ärztinnen (72 %) und eine knappe Mehrheit der nichtärztlichen Beraterinnen (54 %) hingegen hatte weniger als 50 Beratungen pro Jahr durchgeführt. Der geschätzte Anteil der jährlichen Beratungen bei dem mehr als ein Termin notwendig war, belief sich bei den Ärztinnen durchschnittlich auf 10 %, bei den Nichtmedizinerinnen auf 8 % und bei den

Beraterinnen von *pro familia* auf 5 %. Bei den Ärztinnen dauerte ein Konfliktgespräch im Durchschnitt zwischen 21 und 42 Minuten und damit etwa halb so lang wie bei den nichtärztlichen Beratungsstellen oder bei *pro familia*.

5.2 Themen und Begriffe in der Schwangerschaftskonfliktberatung

5.2.1 Themen der Schwangerschaftskonfliktberatung

Bei den Fragen nach der Häufigkeit, mit der bestimmte Themen im Beratungsgespräch angesprochen wurden, konnten, sofern in den Tabellen nicht darauf hingewiesen wurde, keine signifikanten Unterschiede in den Vergleichsgruppen ermittelt werden.

5.2.1.1 Gegenwartsorientierte Themen (Tabelle 3)

Über die Hälfte der Befragten gab an, die Entstehung der Schwangerschaft häufig zu thematisieren, 18 % taten dies selten bzw. nie. Nahezu alle Beraterinnen gingen häufig auf die aktuelle Familien- bzw. Lebenssituation der Schwangeren ein. Eine Mehrheit (77 %) sprach häufig über die Beziehung der Schwangeren zum Vater des Kindes, die übrigen Beraterinnen taten dies zumeist manchmal. Ein Großteil der Beraterinnen (72 %) ging häufig auf dessen Einstellung zu Fortsetzung bzw. Abbruch ein. Bei einigen Nichtmedizinerinnen (10 %) und Ärztinnen (7 %) geschah dies selten. Druck des sozialen Umfelds wurde zu je etwa 40 % häufig wie manchmal thematisiert, in 18 % selten. Darüber hinaus wurde etwa in jedem zweiten Konfliktgespräch häufig und in jedem Dritten manchmal über biographische Hintergründe der Frau gesprochen. Erwartungen der Religionsgemeinschaft der Schwangeren wurden in zwei Drittel der Beratungen selten bzw. nie und in knapp einem Drittel manchmal thematisiert.

Tabelle 3: Gegenwartsorientierte Themen

		häufig	manchmal	selten	nie
Entstehung der Schwangerschaft	gesamt (n=118)	59,3 %	22,9 %	15,3 %	2,5 %
	Ärztl. B. (n=42)	50 %	19 %	28,6 %	2,4 %
	Nichtärztl. B. (n=52)	67,3 %	25 %	5,8 %	1,9 %
	Pro familia (n=24)	58,3 %	25 %	12,5 %	4,2 %
Aktuelle Familien- bzw. Lebenssituation der Schwangeren	gesamt (n=120)	98,3 %	1,7 %	-	-
	Ärztl. B. (n=44)	95,4 %	4,6 %	-	-
	Nichtärztl. B. (n=52)	100 %	-	-	-
	Pro familia (n=24)	100 %	-	-	-
Beziehung der Schwangeren zum Vater des Kindes	gesamt (n=119)	76,5 %	17,7 %	5,8 %	-
	Ärztl. B. (n=43)	69,8 %	18,6 %	11,6 %	-
	Nichtärztl. B. (n=52)	80,8 %	17,3 %	1,9 %	-
	Pro familia (n=24)	79,2 %	16,7 %	4,1 %	-
Einstellung des Kindesvaters zu Fortsetzung bzw. Abbruch der Schwangerschaft	gesamt (n=119)	72,3 %	21 %	6,7 %	-
	Ärztl. B. (n=43)	60,5 %	32,5 %	7 %	-
	Nichtärztl. B. (n=52)	76,9 %	13,5 %	9,6 %	-
	Pro familia (n=24)	83,3 %	16,7 %	-	-
Druck des sozialen Umfeldes	gesamt (n=120)	39,2 %	42,5 %	18,3 %	-
	Ärztl. B. (n=44)	36,4 %	40,9 %	22,7 %	-
	Nichtärztl. B. (n=52)	44,2 %	38,5 %	17,3 %	-
	Pro familia (n=24)	33,3 %	54,2 %	12,5 %	-
Biographische Hintergründe der Schwangeren	gesamt (n=120)	54,2 %	36,7 %	8,3 %	0,8 %
	Ärztl. B. (n=44)	52,3 %	29,5 %	15,9 %	2,3 %
	Nichtärztl. B. (n=52)	55,8 %	40,4 %	3,8 %	-
	Pro familia (n=24)	54,2 %	41,6 %	4,2 %	-
Erwartungen der Religionsgemeinschaft der Schwangeren	gesamt (n=119)	3,4 %	30,2 %	58,8 %	7,6 %
	Ärztl. B. (n=44)	4,6 %	20,4 %	65,9 %	9,1 %
	Nichtärztl. B. (n=52)	3,8 %	32,7 %	55,8 %	7,7 %
	Pro familia (n=23)	3,4 %	30,2 %	58,8 %	7,6 %

5.2.1.2 Zukunftsorientierte Themen (Tabelle 4)

Die berufliche Karriere der Schwangeren wurde jeweils zur Hälfte häufig und manchmal Thema im Konfliktgespräch. Über den weiteren Lebensplan der Schwangeren wurde in gut 80 % häufig gesprochen, einige Medizinerinnen (7 %) taten dies selten. Die Bedeutung des Schwangerschaftskonflikts für die eigene Entwicklung der Schwangeren wurde in fast 60 % häufig, in 32 % manchmal und in knapp 10 % selten angesprochen. 77 % thematisierten die Lebenssituation der Schwangeren nach Abbruch bzw. Geburt häufig, 20 % manchmal, einige Ärztinnen auch selten (9 %).

Tabelle 4: Zukunftsorientierte Themen

		häufig	manchmal	selten	nie
Berufliche Karriere der Schwangeren	gesamt (n=120)	50 %	49,2 %	0,8 %	-
	Ärztl. B. (n=44)	63,6 %	36,4 %	-	-
	Nichtärztl. B. (n=52)	42,3 %	57,7 %	-	-
	Pro familia (n=24)	41,7 %	54,2 %	4,1 %	-
Weiterer Lebensplan der Schwangeren	gesamt (n=120)	81,7 %	15,8 %	2,5 %	-
	Ärztl. B. (n=44)	75 %	18,2 %	6,8 %	-
	Nichtärztl. B. (n=52)	86,5 %	13,5 %	-	-
	Pro familia (n=24)	83,3 %	16,7 %	-	-
Bedeutung des Schwangerschaftskonfliktes für die eigene Entwicklung der Schwangeren	gesamt (n=119)	58,8 %	31,9 %	9,3 %	-
	Ärztl. B. (n=43)	55,8 %	32,6 %	11,6 %	-
	Nichtärztl. B. (n=52)	65,4 %	25 %	9,6 %	-
	Pro familia (n=24)	50 %	45,8 %	4,2 %	-
Lebenssituation der Schwangeren nach Abbruch bzw. Geburt	gesamt (n=120)	76,7 %	20 %	3,3 %	-
	Ärztl. B. (n=44)	75 %	15,9 %	9,1 %	-
	Nichtärztl. B. (n=52)	71,1 %	28,9 %	-	-
	Pro familia (n=24)	91,7 %	8,3 %	-	-

5.2.1.3 Themen aus § 219 StGB (Tabelle 5)

Schutz des ungeborenen Lebens wurde von 42 % der Beraterinnen häufig, von 32 % manchmal, von 20 % selten und von 6 % nie angesprochen. Lebensperspektiven mit dem Kind wurden zu 65 % häufig und ansonsten zumeist manchmal aufgezeigt. Je ein Drittel der Beraterinnen thematisierte das Lebensrecht des Ungeborenen häufig, manchmal bzw. selten/nie. Über die Hälfte der Beraterinnen von *pro familia* sprach das Recht auf Leben selten bzw. nie an. In 37 % der Beratungen wurde häufig und in 48 % manchmal über die Ermutigung zur Fortsetzung der Schwangerschaft gesprochen. Die Ärztinnen unterschieden sich hierzu signifikant von den Beraterinnen von *pro familia*. Während knapp die Hälfte der Medizinerinnen häufig und nur 2 % selten bzw. nie die Ermutigung zur Fortsetzung thematisierten, so geschah dies hingegen bei den *pro-familia*-Beraterinnen in lediglich 14 % häufig und in knapp einem Fünftel selten bzw. nie.

Tabelle 5: Themen aus § 219 StGB

		häufig	manchmal	selten	nie
Schutz des ungeborenen Lebens	gesamt (n=118)	42,4 %	32,2 %	19,5 %	5,9 %
	Ärztl. B. (n=43)	41,9 %	34,9 %	20,9 %	2,3 %
	Nichtärztl. B. (n=52)	46,2 %	30,8 %	19,2 %	3,8 %
	Pro familia (n=23)	34,8 %	30,4 %	17,4 %	17,4 %
Perspektiven für ein Leben mit dem Kind	gesamt (n=119)	64,7 %	33,6 %	1,7 %	-
	Ärztl. B. (n=44)	59,1 %	40,9 %	-	-
	Nichtärztl. B. (n=52)	71,2 %	26,9 %	1,9 %	-
	Pro familia (n=23)	60,9 %	34,8 %	4,3 %	-
Recht des ungeborenen Kindes auf Leben	gesamt (n=118)	32,2 %	32,2 %	25,4 %	10,2 %
	Ärztl. B. (n=44)	40,9 %	29,6 %	22,7 %	6,8 %
	Nichtärztl. B. (n=51)	31,4 %	35,3 %	23,5 %	9,8 %
	Pro familia (n=23)	17,4 %	30,4 %	34,8 %	17,4 %
Ermutigung zur Fortsetzung der Schwangerschaft*	gesamt (n=116)	37,1 %	48,3 %	7,7 %	6,9 %
	Ärztl. B. (n=44)	47,7 %	50 %	-	2,3 %
	Nichtärztl. B. (n=50)	38 %	38 %	14 %	10 %
	Pro familia (n=22)	13,6 %	68,2 %	9,1 %	9,1 %

* Signifikanter Unterschied ($p < 0,05$)

5.2.1.4 Aufklärende Themen (Tabelle 6)

In allen Vergleichsgruppen wurde zu etwa 80 % häufig und ansonsten zumeist manchmal über Empfängnisverhütung gesprochen. In der Mehrzahl der Beratungen (88 %) wurde die Schwangere häufig über die gesetzliche Lage aufgeklärt. Einige nichtärztliche Beraterinnen (14 %) informierten darüber manchmal und wenige der Ärztinnen (7 %) gaben an, dies selten zu tun. Soziale Fördermöglichkeiten wurden überwiegend häufig (72 %) aufgezeigt, ein Viertel tat dies manchmal, einige Medizinerinnen selten (7 %). Ähnlich verhielt sich die Häufigkeit mit der die Möglichkeit psychologischer Unterstützung erwähnt wurde. Gut zwei Drittel boten diese häufig und 30 % manchmal an. Über 80 % der Beraterinnen klärten häufig über den Ablauf eines Schwangerschaftsabbruchs auf, 15 % manchmal. Weniger als 60 % wiesen häufig auf die mit einem Abbruch einhergehenden Risiken hin, ein Drittel manchmal und knapp 10 % selten bzw. nie. Die Ärztinnen unterschieden sich hierzu signifikant von den nichtärztlichen Beraterinnen. Während nur 42 % der Nichtmedizinerinnen häufig über die Gefahren aufklärten, so taten die Medizinerinnen dies mit knapp 80 % fast doppelt so oft. Zudem sprachen die Ärztinnen signifikant häufiger über die Möglichkeit der Adoption. Während unter ihnen zwei Drittel angaben, häufig bzw. manchmal über Adoption zu sprechen, so taten dies 67 % der Nichtmedizinerinnen und nahezu alle *pro-familia*-Beraterinnen selten bzw. nie. Auch die Häufigkeit mit der die Babyklappe Eingang ins

Gespräch fand unterschiedlich sich signifikant. Während 20 % der Medizinerinnen darauf häufig bzw. manchmal einging, so geschah dies bei den Nichtmedizinerinnen und Beraterinnen von *pro familia* nahezu ausschließlich selten bzw. nie.

Tabelle 6: Aufklärende Themen

		häufig	manchmal	selten	nie
Empfängnisverhütung	gesamt (n=118)	81,4 %	16,1 %	2,5 %	-
	Ärztl. B. (n=43)	81,4 %	14 %	4,6 %	-
	Nichtärztl. B. (n=51)	82,3 %	15,7 %	2 %	-
	Pro familia (n=24)	79,2 %	20,8 %	-	-
Aufklärung über gesetzliche Lage	gesamt (n=120)	88,3 %	8,3 %	3,4 %	-
	Ärztl. B. (n=44)	88,6 %	4,6 %	6,8 %	-
	Nichtärztl. B. (n=52)	84,6 %	13,5 %	1,9 %	-
	Pro familia (n=24)	95,8 %	4,2 %	-	-
Soziale Fördermöglichkeiten	gesamt (n=119)	72,3 %	25,2 %	2,5 %	-
	Ärztl. B. (n=43)	67,4 %	25,6 %	7 %	-
	Nichtärztl. B. (n=52)	80,8 %	19,2 %	-	-
	Pro familia (n=24)	62,2 %	37,5 %	-	-
Möglichkeiten psychologischer Unterstützung	gesamt (n=120)	66,7 %	30 %	3,3 %	-
	Ärztl. B. (n=44)	66,7 %	30 %	3,3 %	-
	Nichtärztl. B. (n=52)	59,6 %	38,5 %	1,9 %	-
	Pro familia (n=24)	79,2 %	20,8 %	-	-
Ablauf eines Schwangerschaftsabbruchs	gesamt (n=119)	83,2 %	15,1 %	1,7 %	-
	Ärztl. B. (n=43)	88,4 %	9,3 %	2,3 %	-
	Nichtärztl. B. (n=52)	73,1 %	25 %	1,9 %	-
	Pro familia (n=24)	95,8 %	4,2 %	-	-
Risiken des Schwangerschaftsabbruchs*	gesamt (n=118)	57,6 %	33,1 %	7,6 %	1,7 %
	Ärztl. B. (n=42)	78,6 %	16,7 %	4,7 %	-
	Nichtärztl. B. (n=52)	42,3 %	44,2 %	9,6 %	3,9
	Pro familia (n=24)	54,2 %	37,5 %	8,3 %	-
Möglichkeit der Adoption*	gesamt (n=118)	20,3 %	19,5 %	50,9 %	9,3 %
	Ärztl. B. (n=44)	36,4 %	29,5 %	29,5 %	4,6 %
	Nichtärztl. B. (n=51)	15,7 %	17,6 %	54,9 %	11,8 %
	Pro familia (n=23)	-	4,4 %	82,6 %	13 %
Möglichkeit der Babyklappe*	gesamt (n=118)	0,9 %	9,3 %	33 %	56,8 %
	Ärztl. B. (n=44)	2,3 %	18,2 %	38,6 %	40,9 %
	Nichtärztl. B. (n=52)	-	5,8 %	34,6 %	59,6 %
	Pro familia (n=22)	-	-	18,2 %	81,8 %

* Signifikanter Unterschied ($p < 0,05$)

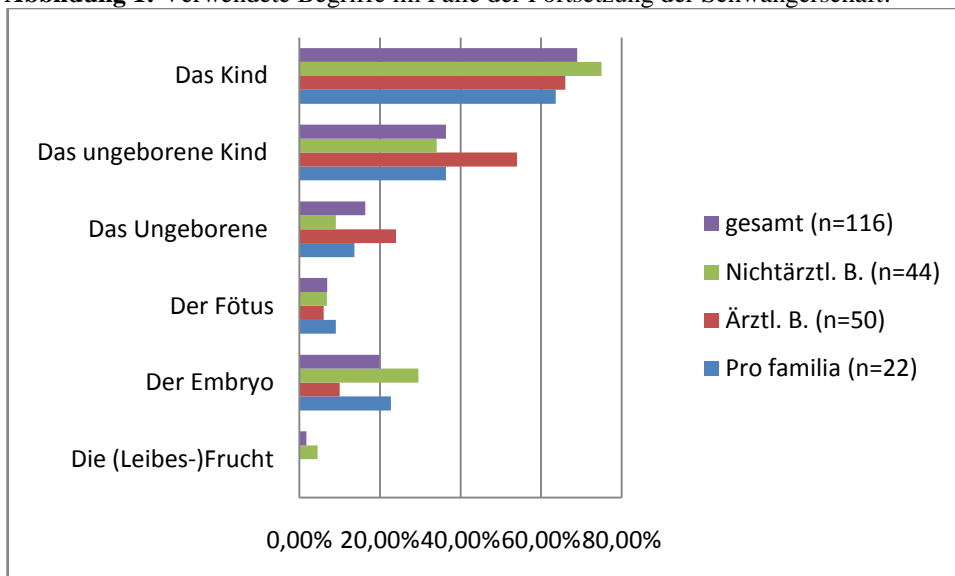
5.2.1.5 Anmerkungen¹³

Ergänzend wurden vor allem finanzielle Aspekte, Angst- und Schuldgefühle sowie Trauerarbeit genannt.

5.2.2 Begrifflichkeiten¹⁴ (Abbildungen 1 und 2)

Ging es im Gespräch um die Fortsetzung der Schwangerschaft, so sprach die Mehrheit der Beraterinnen von „Kind“ (67 %) und weit weniger von „Embryo“ (20 %). Wurde das Gespräch hingegen von Abbruchgedanken dominiert, so gaben mehr als doppelt so viele Beraterinnen „Embryo“ (42 %) an und weniger als halb so viele „Kind“ (28 %). In Szenario zwei fanden zudem die Begriffe „Fötus“ (14 %) und „(Leibes-)Frucht“ (10 %) etwas häufiger Verwendung als im ersten Fall (7 % bzw. 2 %). Die Bezeichnungen „ungeborenes Kind“ (36 %) und „Ungeborenes“ (16 %) wurden in beiden Szenarien jeweils mit etwa gleicher Häufigkeit genannt. Einige Beraterinnen merkten an¹⁵, im ersten und vor allem im zweiten Fall die Bezeichnung „Schwangerschaft“ bzw. „Zellgewebe“ zu gebrauchen.

Abbildung 1: Verwendete Begriffe im Falle der Fortsetzung der Schwangerschaft.

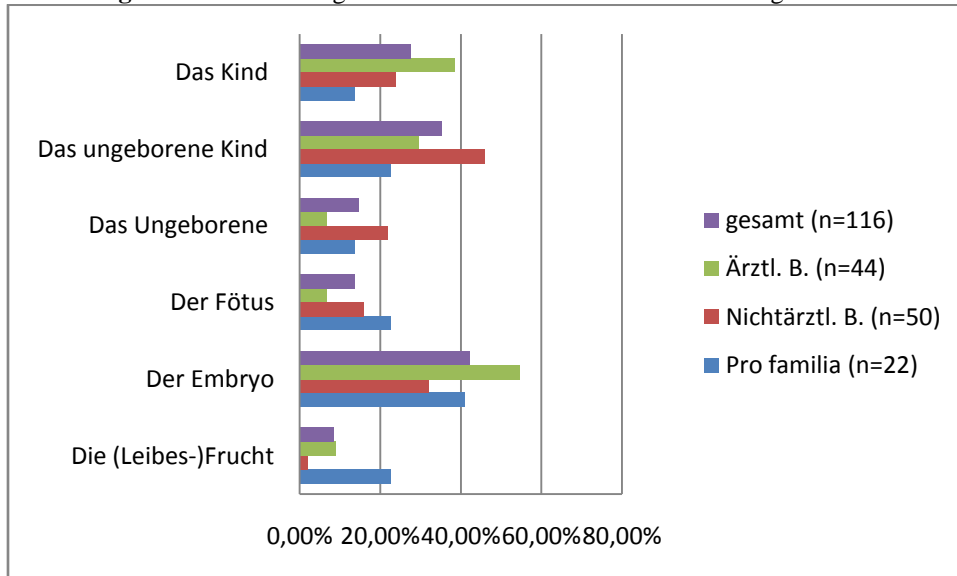


¹³ Auflistung aller Anmerkungen s. Anhang.

¹⁴ Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich. Die Auswertung erfolgte nach Rücksprache mit der Abteilung Medizinische Statistik der Universitätsmedizin deskriptiv.

¹⁵ S. Anhang.

Abbildung 2: Verwendete Begriffe im Falle des Abbruchs der Schwangerschaft.



5.3 Beratungsverständnis und persönliche Priorität

5.3.1 Die Rolle als Beraterin (Tabelle 7 und 8, Abbildung 3)

Eine Mehrheit der Beraterinnen (71 %) verstand sich als Anwältin der Interessen der Schwangeren und je zwei Drittel der Ärztinnen und Mitarbeiterinnen der nichtärztlichen Beratungsstellen gaben dies auch bezüglich der Interessen des Kindes an. Die *pro-familia*-Beraterinnen hingegen lehnten eine Anwaltschaft für das Kind überwiegend ab und unterschieden sich signifikant von den beiden anderen Beratergruppen. Die allermeisten derjenigen Beraterinnen die ihre Beratungsrolle anwaltlich verstanden, taten dies im Sinne einer doppelten Anwaltschaft. Nahezu keine der Beraterinnen (2 %) gab an, sich ausschließlich als Anwältin der Interessen der Frau zu verstehen und lediglich ein Fünftel sah sich isoliert als Verteidigerin der kindlichen Interessen. Die sehr religiösen Beraterinnen (Skalenwert > 7) verstanden sich, verglichen mit den wenig bzw. nicht Religiösen (Skalenwert < 4), signifikant häufiger als Anwältinnen der Interessen des Kindes. Während diesbezüglich über drei Viertel der stark Religiösen zustimmten, so teilten die wenig bzw. nicht Religiösen diese Meinung nur zu knapp einem Viertel. Auch bezüglich der Anwaltschaft für die Interessen der Schwangeren ließ sich eine Korrelation mit der Religiosität feststellen. Die religiösen Beraterinnen verstanden sich zu 81 % als deren Verteidigerinnen, hingegen aber nur 59 % der wenig bzw. nicht Religiösen. Letztere verstanden sich in der Beratung indessen mit 84 % mehr als doppelt so häufig als absolut neutral. Insgesamt bewerteten sich zwei Drittel der Befragten als absolut und ein Viertel als eher neutral. Knapp 10 % gaben an,

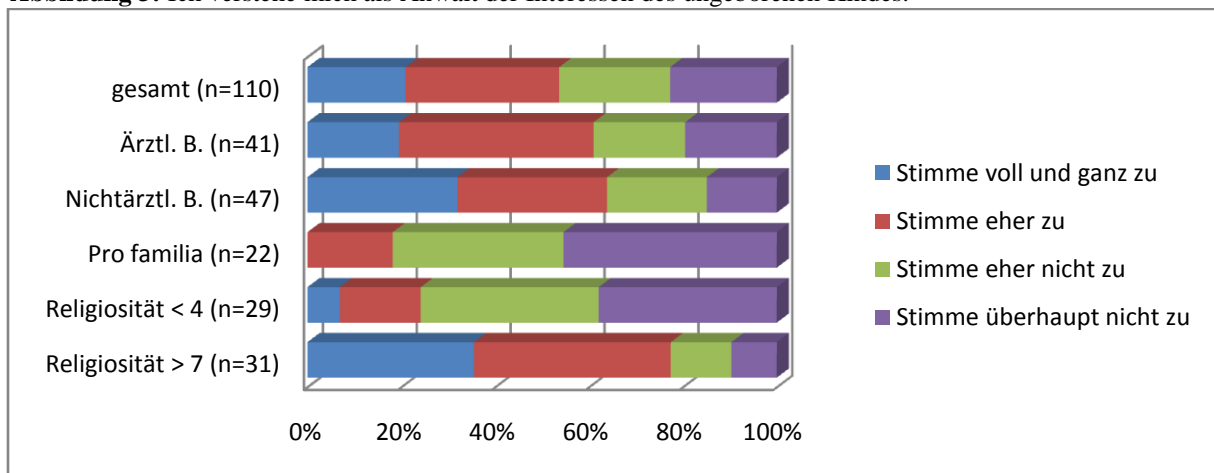
eher nicht bzw. überhaupt nicht neutral zu beraten. Gut ein Drittel befand, ihre Aufgabe liege eher bzw. ausschließlich in der Informationsvermittlung.

Tabelle 7: Rollenverständnis der Beraterinnen (1)

		Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich verstehe mich als Anwalt der Interessen der Schwangeren.*	gesamt (n=111)	37 %	34,2 %	13,5 %	15,3 %
	Ärztl. B. (n=41)	29,3 %	41,5 %	12,2 %	17 %
	Nichtärztl. B. (n=47)	44,7 %	31,9 %	12,8 %	10,6 %
	Pro familia (n=23)	34,8 %	26,1 %	17,4 %	21,7 %
	Religiosität < 4 (n=29)	27,6 %	31 %	20,7 %	20,7 %
	Religiosität > 7 (n=31)	48,4 %	32,3 %	12,9 %	6,4 %
Ich verstehe mich als neutraler Berater.	gesamt (n=119)	64,7 %	26 %	7,6 %	1,7 %
	Ärztl. B. (n=43)	72,1 %	20,9 %	4,7 %	2,3 %
	Nichtärztl. B. (n=52)	57,7 %	30,8 %	9,6 %	1,9 %
	Pro familia (n=22)	66,7 %	25 %	8,3 %	-
	Religiosität < 4 (n=32)	84,4 %	15,6 %	-	-
	Religiosität > 7 (n=30)	40 %	33,3 %	20 %	6,7 %
Ich verstehe mich nur als Informationsvermittler.	gesamt (n=115)	18,3 %	18,3 %	32,2 %	31,3 %
	Ärztl. B. (n=42)	14,3 %	28,6 %	38,1 %	19 %
	Nichtärztl. B. (n=49)	26,5 %	10,2 %	24,5 %	38,8 %
	Pro familia (n=24)	8,3 %	16,7 %	37,5 %	27,5 %

* Signifikanter Unterschied ($p < 0,05$)

Abbildung 3: Ich verstehe mich als Anwalt der Interessen des ungeborenen Kindes.*



* Signifikanter Unterschied ($p < 0,05$)

Tabelle 8: Rollenverständnis der Beraterinnen (2)

n = 110		Ich verstehe mich als Anwältin der Frau?	
		Stimme voll und ganz bzw. stimme eher zu	Stimme eher nicht bzw. überhaupt nicht zu
Ich verstehe mich als Anwältin des ungeborenen Kindes?	Stimme voll und ganz bzw. stimme eher zu	51,8 %	19,1 %
	Stimme eher nicht bzw. überhaupt nicht zu	1,8 %	27,3 %

5.3.2 Die Verpflichtungen als Beraterin (Tabelle 9)

Der Aussage, als Beraterin in erster Linie dem Gesetz verpflichtet zu sein, stimmten 45 % der Befragten voll bzw. eher zu. Eine Mehrheit der Ärztinnen (61 %) sah sich ganz bzw. eher in erster Linie dem eigenen Gewissen verbunden. Diese Einstellung teilten die Mitarbeiterinnen der nichtärztlichen Beratungsstellen und *pro familia* signifikant seltener, denn jeweils etwa 80 % taten dies eher nicht bzw. überhaupt nicht. Die Medizinerinnen gaben darüber hinaus signifikant häufiger an, für die Entscheidung der Schwangeren moralisch mitverantwortlich zu sein und oft ein schlechtes Gewissen zu haben, wenn trotz ihrer Beratung ein Abbruch erfolge. Während knapp ein Fünftel der Ärztinnen dieser Aussage eher zustimmte, so verneinten dies nahezu alle übrigen Beraterinnen eher bzw. absolut.

Tabelle 9: Verpflichtungen der Beraterinnen

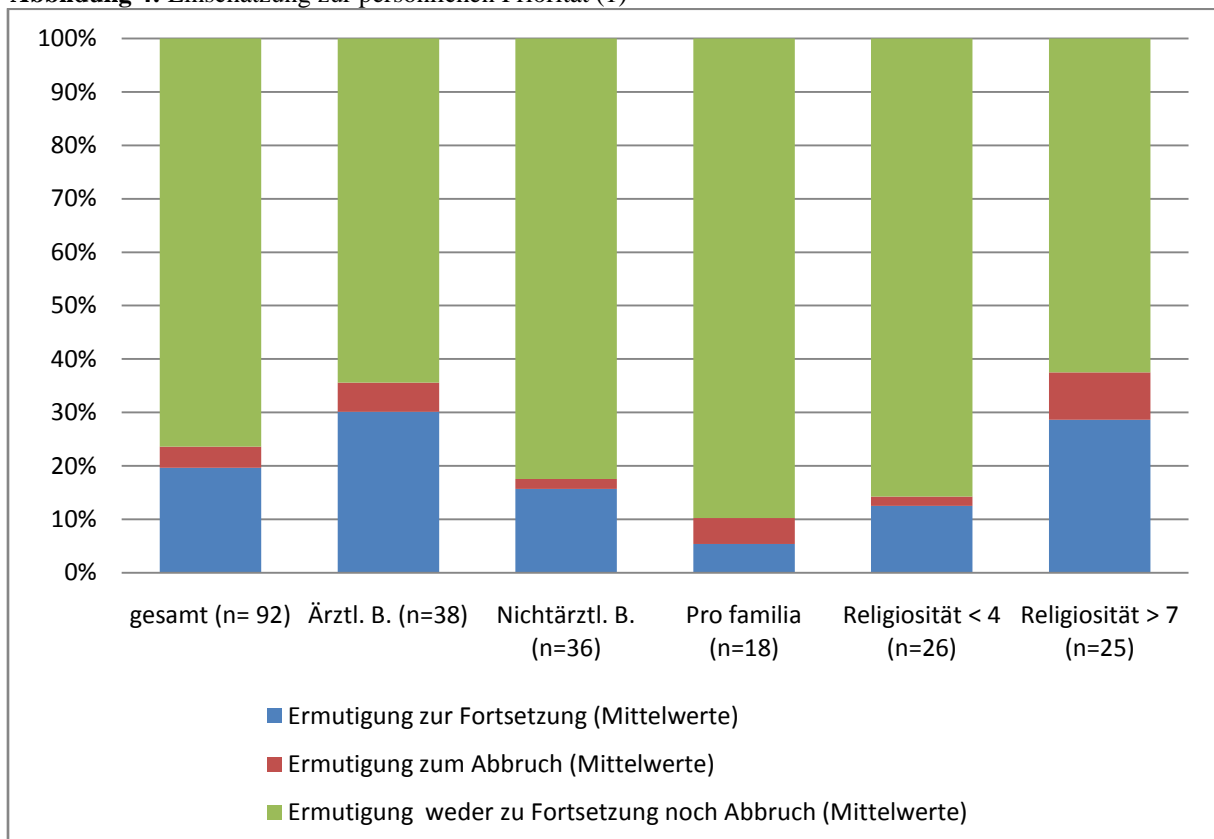
		Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich verstehe mich als Berater in erster Linie dem Gesetz verpflichtet.	gesamt (n=113)	10,6 %	37,2 %	36,3 %	15,9 %
	Ärztl. B. (n=41)	9,8 %	36,6 %	36,6 %	17 %
	Nichtärztl. B. (n=48)	10,4 %	37,5 %	35,4 %	16,7 %
	Pro familia (n=24)	12,5 %	37,5 %	37,5 %	12,5 %
Ich verstehe mich als Berater in erster Linie meinem Gewissen verpflichtet.*	gesamt (n=113)	12,4 %	23 %	31 %	33,6 %
	Ärztl. B. (n=41)	19,5 %	41,5 %	24,4 %	14,6 %
	Nichtärztl. B. (n=48)	10,4 %	12,5 %	37,5 %	39,6 %
	Pro familia (n=24)	4,1 %	12,5 %	29,2 %	54,2 %
Als Berater bin ich für die Entscheidung moralisch mitverantwortlich und habe deshalb oft ein schlechtes Gewissen, wenn trotz meiner Beratung ein Abbruch erfolgt.*	gesamt (n=113)	0,9 %	6,2 %	24,8 %	68,1 %
	Ärztl. B. (n=41)	-	17,1 %	31,7 %	51,2 %
	Nichtärztl. B. (n=48)	2,1 %	-	22,9 %	75 %
	Pro familia (n=24)	-	-	16,7 %	83,3 %

* Signifikanter Unterschied ($p < 0,05$)

5.3.3 Die persönliche Priorität der Beraterinnen¹⁶ (Abbildungen 4 und 5)

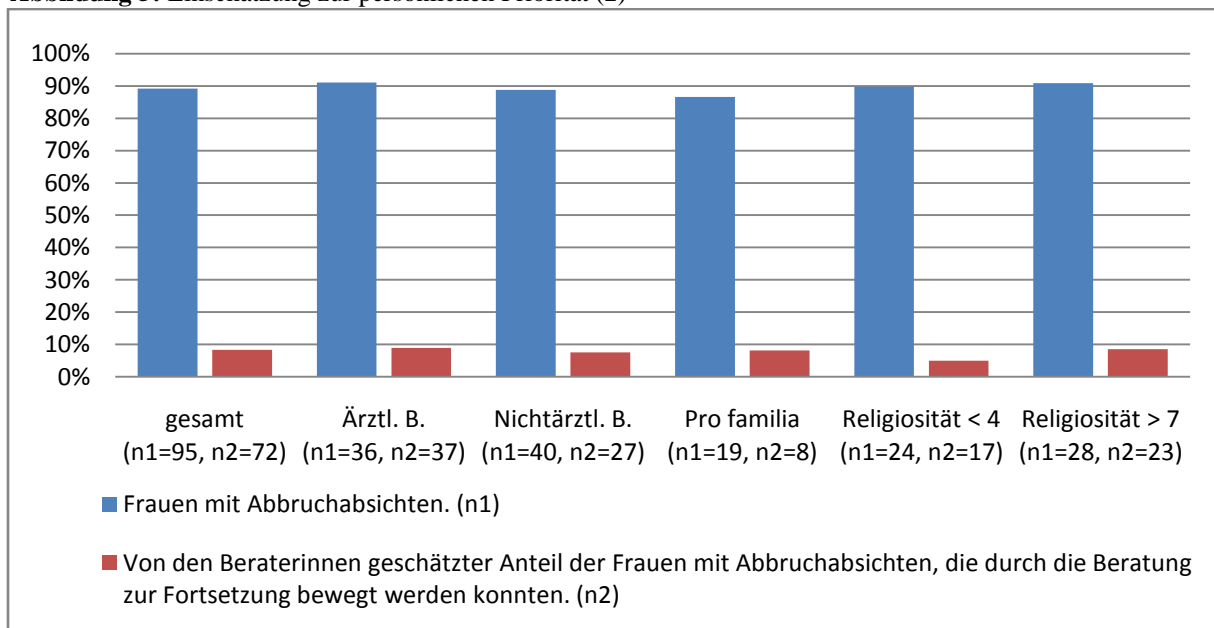
Durchschnittlich ermutigten die Beraterinnen ihre Klientinnen in 20 % zur Fortsetzung, in 4 % zum Abbruch und in 76 % weder zur Fortführung noch zur Beendigung der Schwangerschaft. Die Ärztinnen ermutigten in 30 % zur Fortsetzung der Schwangerschaft, die Beraterinnen der nichtärztlichen Beratungsstellen in 15 % und die Mitarbeiterinnen von *pro familia* in 5 %. Die Medizinerinnen und die *pro-familia*-Beraterinnen ermutigten in jeweils 5 % der Gespräche zum Abbruch, die Beraterinnen der nichtärztlichen Beraterinnen in etwa 2 %. Diejenigen Beraterinnen, die ihre Religiosität als stark (Skalenwert > 7) einschätzten, ermutigten verglichen mit den wenig bzw. nicht Religiösen (Skalenwert < 4) sowohl häufiger zur Austragung der Schwangerschaft (29 %) als auch häufiger zum Abbruch (9 %). Letztere ermutigten lediglich in 13 % der Fälle zur Fortführung und nur in 2 % zum Abbruch. Der von den Beraterinnen geschätzte Anteil der Frauen, die durch die Beratung zum Austragen des Kindes bewegt wurden, belief sich in allen Vergleichsgruppen auf unter 10 %.

Abbildung 4: Einschätzung zur persönlichen Priorität (1)



¹⁶ Die Auswertung dieser Fragen erfolgte nach Rücksprache mit der Abteilung Medizinische Statistik der Universitätsmedizin Göttingen deskriptiv.

Abbildung 5: Einschätzung zur persönlichen Priorität (2)



5.3.4 Anmerkungen¹⁷

Einige Beraterinnen betonten ihre Neutralität im Beratungsgespräch sowie ihr Anliegen, die Frau in ihrer persönlichen Entscheidungsfindung zu unterstützen.

5.4 Schwangerschaftskonfliktberatung bei Minderjährigen

5.4.1 Minderjährige unter 16 Jahren (Tabelle 10)

Im Allgemeinen waren die Beraterinnen mehrheitlich der Meinung, für die Frage, ob die Minderjährige die Schwangerschaft austragen wolle, sei allein die Entscheidung der Schwangeren maßgeblich (90 %). Knapp ein Fünftel der Medizinerinnen widersprach dieser Ansicht. Während die Anwesenheit der gesetzlichen Vertreter¹⁸ im Beratungsgespräch überwiegend für sinnvoll erachtet wurde (83 %), stieß die Vorstellung, die Beteiligung der Eltern müsse Voraussetzung für die Ausstellung eines Beratungsscheins sein, überwiegend auf Ablehnung. Knapp ein Viertel der Ärztinnen und 10 % der Nichtmedizinerinnen stimmten diesbezüglich zu. Signifikant ablehnender äußerten sich die *pro-familia*-Beraterinnen, die sich nahezu geschlossen (92 %) absolut gegen eine derartige Auflage aussprachen. Mehrheitlich zurückgewiesen wurde die Forderung nach der Einwilligung der gesetzlichen Vertreter als Bedingung für die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs. Ein gutes Drittel der

¹⁷ Auflistung aller Anmerkungen s. Anhang.

¹⁸ Fortwährend wird vom Normalfall ausgegangen. Die Begriffe „gesetzliche Vertreter“ und „Eltern“ werden synonym verwendet.

ärztlichen und etwas mehr als ein Viertel der nichtärztlichen Beraterinnen würden solch einer Vorschrift jedoch zustimmen. Entschiedener zurückgewiesen wurde dies von den Mitarbeiterinnen von *pro familia* (92 %). In allen Gruppen hielt eine breite Mehrheit die Einwilligung der Eltern zum Abbruch bei Einsichtsfähigkeit der Schwangeren für erlässlich. Hierzu gab es im Gruppenvergleich einen signifikanten Unterschied. Während die ärztlichen und nichtärztlichen Beraterinnen zu je rund einem Viertel trotz Einsichtsfähigkeit die Zustimmung der Eltern für erforderlich hielten, tat dies kaum eine *pro-familia*-Beraterin (4%).

Tabelle 10: Minderjährige unter 16 Jahren

		Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Die gesetzlichen Vertreter der Minderjährigen sollten beim Beratungsgespräch anwesend sein, anderenfalls sollte kein Beratungsschein ausgestellt werden.*	gesamt (n=116)	2,6 %	9,5 %	32,7 %	55,2 %
	Ärztl. B. (n=41)	4,9 %	17,1 %	39 %	39 %
	Nichtärztl. B. (n=51)	2 %	7,8 %	39,2 %	51 %
	Pro familia (n=24)	-	-	8,3 %	91,7 %
Die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs sollte nur mit Einwilligung der gesetzlichen Vertreter zulässig sein.*	gesamt (n=117)	8,5 %	18,8 %	46,2 %	26,5 %
	Ärztl. B. (n=42)	19 %	16,7 %	50 %	14,3 %
	Nichtärztl. B. (n=51)	3,9 %	25,5 %	51 %	19,6 %
	Pro familia (n=24)	-	8,3 %	29,2%	62,5 %
Die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs sollte ohne Einwilligung der gesetzlichen Vertreter zulässig sein, wenn die Minderjährige einsichtsfähig ist.*	gesamt (n=117)	35 %	46,2 %	12,8 %	6 %
	Ärztl. B. (n=42)	30,9 %	42,9 %	16,7 %	9,5 %
	Nichtärztl. B. (n=52)	25 %	55,8 %	13,5 %	5,7 %
	Pro familia (n=23)	65,2 %	30,4 %	4,4 %	-
Will eine Minderjährige die Schwangerschaft austragen, sollte allein ihre Entscheidung maßgeblich sein.	gesamt (n=117)	45,3 %	44,5 %	6,8 %	3,4 %
	Ärztl. B. (n=43)	37,2%	44,2 %	11,6 %	7 %
	Nichtärztl. B. (n=50)	48 %	46 %	4 %	2 %
	Pro familia (n=24)	54,2 %	41,6 %	4,2 %	-
Es ist sinnvoll, dass die gesetzlichen Vertreter beim Beratungsgespräch anwesend sind.	gesamt (n=114)	24,6 %	58,8 %	14,9 %	1,7 %
	Ärztl. B. (n=43)	37,2 %	48,9 %	11,6 %	2,3 %
	Nichtärztl. B. (n=47)	14,9 %	68,1 %	14,9 %	2,1 %
	Pro familia (n=24)	20,8 %	58,4 %	20,8 %	-

* Signifikanter Unterschied ($p < 0,05$)

5.4.2 Minderjährige ab 16 Jahren (Tabelle 11)

Auch in dieser Altersklasse war der überwiegende Anteil der Beraterinnen (94 %) der Meinung, dass für die Entscheidung zur Fortsetzung der Schwangerschaft allein die Entscheidung der Minderjährigen maßgeblich sei. Zwei Drittel der Teilnehmerinnen erachteten die Anwesenheit der gesetzlichen Vertreter im Beratungsgespräch für sinnvoll. Die

Anwesenheit der Eltern als Bedingung für die Scheinausstellung wurde weitgehend abgelehnt (93 %), einige Ärztinnen (14 %) und wenige Nichtmedizinerinnen (4 %) stimmten diesbezüglich zu. Die Meinung der Beraterinnen von *pro familia* unterschied sich hierzu signifikant – nahezu alle (96 %) sprachen sich strikt gegen eine derartige Auflage aus. Auch bezüglich der allgemein abgelehnten Vorstellung, dass die Einwilligung der Eltern Voraussetzung für die Durchführung eines Abbruchs sein solle, gab es signifikante Unterschiede. Während ein Viertel der Ärztinnen und 8 % der Nichtmedizinerinnen die Zustimmung für notwendig erachteten, teilte diese Ansicht keine der Beraterinnen von *pro familia*. Letztere sprachen sich darüber hinaus, wie schon bei den unter 16-Jährigen, am entschiedensten gegen die Notwendigkeit der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters bei vorhandener Einsichtsfähigkeit aus.

Tabelle 11: Minderjährige ab 16 Jahren

		Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Die gesetzlichen Vertreter der Minderjährigen sollten beim Beratungsgespräch anwesend sein, anderenfalls sollte kein Beratungsschein ausgestellt werden.*	gesamt (n=118)	1,7 %	5,1 %	28 %	65,2 %
	Ärztl.B. (n=43)	4,6 %	9,3 %	32,6 %	53,5 %
	Nichtärztl. B. (n=51)	-	3,9 %	35,3 %	60,8 %
	Pro familia (n=24)	-	-	4,2 %	95,8 %
Die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs sollte nur mit Einwilligung der gesetzlichen Vertreter zulässig sein.*	gesamt (n=117)	3,4 %	9,4 %	32,5 %	54,7 %
	Ärztl.B. (n=42)	9,5 %	16,7 %	30,9 %	42,9 %
	Nichtärztl. B. (n=51)	-	7,9 %	43,1 %	49 %
	Pro familia (n=24)	-	-	12,5%	87,5 %
Die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs sollte ohne Einwilligung der gesetzlichen Vertreter zulässig sein, wenn die Minderjährige einsichtsfähig ist.*	gesamt (n=118)	56,8 %	35,6 %	4,2 %	3,4 %
	Ärztl.B. (n=43)	48,8 %	39,5 %	4,7 %	7 %
	Nichtärztl. B. (n=51)	49 %	43,1 %	5,9 %	2 %
	Pro familia (n=24)	87,5 %	12,5 %	-	-
Will eine Minderjährige die Schwangerschaft austragen, sollte allein ihre Entscheidung maßgeblich sein.	gesamt (n=117)	46,1 %	29,9 %	6 %	-
	Ärztl.B. (n=43)	55,8 %	34,9 %	9,3 %	-
	Nichtärztl. B. (n=50)	66 %	30 %	4 %	-
	Pro familia (n=24)	75 %	20,8 %	4,2 %	-
Es ist sinnvoll, dass die gesetzlichen Vertreter beim Beratungsgespräch anwesend sind.	gesamt (n=113)	16,8 %	51,3 %	25,7 %	6,2 %
	Ärztl.B. (n=43)	27,9 %	37,2 %	25,7 %	6,2 %
	Nichtärztl. B. (n=49)	8,2 %	67,3 %	20,4 %	4,1 %
	Pro familia (n=21)	14,3 %	42,8 %	38,1 %	4,8 %

* Signifikanter Unterschied ($p < 0,05$)

5.5 Persönliche Einschätzungen zum Schwangerschaftsabbruch nach § 218a StGB

5.5.1 Allgemeine Einschätzungen zur Beratungslösung

Die überwiegende Mehrheit der Beraterinnen erachtete die aktuell geltende Beratungslösung für sinnvoll (88 %) und den eigenen Einfluss auf die Entscheidung der Schwangeren für gering (74 %). 40 % der Befragten hielten das Beratungsgespräch lediglich für eine formale Voraussetzung für einen straffreien Abbruch.

Die Vergleichsgruppenanalyse ergab signifikant unterschiedliche Meinungen bezüglich der Zufriedenheit mit der gesetzlichen Regelung. Unter den Beraterinnen von *pro familia* gab es mit 4 % mit Abstand die wenigsten, die dieses Konzept vollständig überzeugte, immerhin fast 30 % lehnten es eher ab. Die Nichtmedizinerinnen grenzten sich, was die Einschätzung des eigenen Einflusses betrifft, signifikant von den Ärztinnen ab. 40 % der nichtärztlichen Beraterinnen empfanden ihren Einfluss durchaus gewichtig. Darüber hinaus hoben sie sich von den beiden anderen Kollektiven signifikant hinsichtlich der Frage ab, ob das Beratungsgespräch lediglich eine formale Voraussetzung für einen straffreien Abbruch sei. Während unter ihnen 82 % dies verneinten, stimmten dem jeweils über die Hälfte der Beraterinnen der anderen beiden Gruppen zu.

Tabelle 12: Allgemeine Einschätzungen zur Beratungslösung

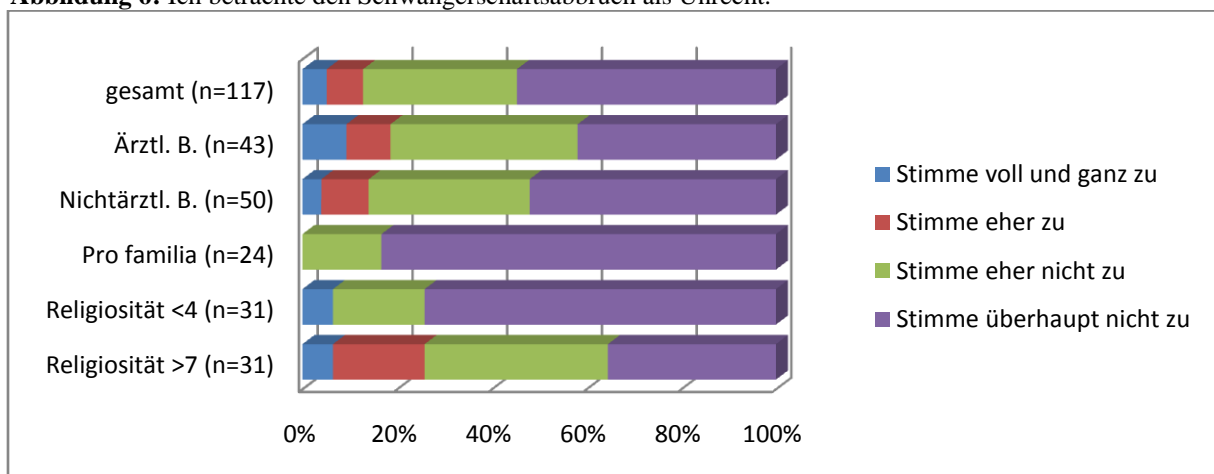
		Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich halte die Beratungslösung nach § 218a für eine sinnvolle Regelung.*	gesamt (n=116)	42,2 %	45,7 %	10,3 %	1,7 %
	Ärztl. B. (n=43)	48,8 %	37,2 %	9,3 %	4,7 %
	Nichtärztl. B. (n=49)	55,1 %	42,9 %	2 %	-
	Pro familia (n=24)	4,2 %	66,7 %	29,1 %	-
Als Berater habe ich kaum Einfluss auf die Entscheidung der Schwangeren über Abbruch oder Fortsetzung der Schwangerschaft.*	gesamt (n=117)	11,1 %	63,3 %	23,9 %	1,7 %
	Ärztl. B. (n=43)	20,9 %	65,1 %	14 %	-
	Nichtärztl. B. (n=50)	4 %	56 %	36 %	4 %
	Pro familia (n=24)	8,3 %	75 %	16,7 %	-
Ich halte die Schwangerschaftskonfliktberatung nur für eine formale Voraussetzung für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch.*	gesamt (n=117)	12,8 %	27,4 %	39,3 %	20,5 %
	Ärztl. B. (n=43)	27,9 %	32,6 %	25,6 %	13,9 %
	Nichtärztl. B. (n=51)	3,9 %	13,7 %	54,9 %	27,5 %
	Pro familia (n=23)	4,4 %	47,8 %	30,4 %	17,4 %

* Signifikanter Unterschied ($p < 0,05$)

5.5.2 Moralische Bewertung (Abbildungen 6 - 8, Tabelle 13 und 14)

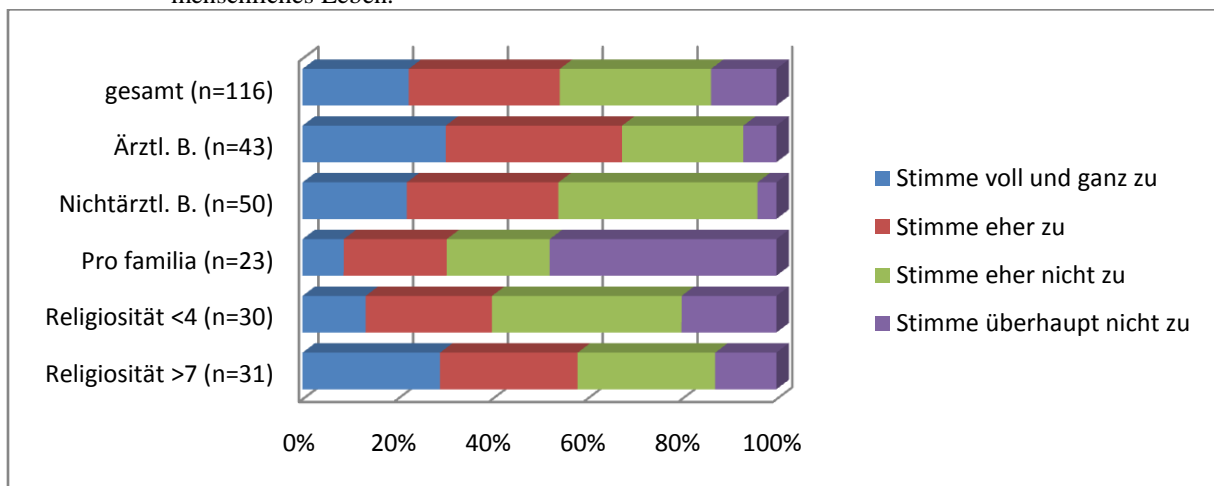
Schwangerschaftsabbruch wurde von den allermeisten Beraterinnen (87 %) nicht als Unrecht angesehen. Weniger als 20 % der Ärztinnen und Mitarbeiterinnen nichtärztlicher Beratungsstellen erkannten den Eingriff für unrechtmäßig, unter den Beraterinnen von *pro familia* überhaupt niemand. Gleichwohl stimmten bei *pro familia* 30 %, bei den Nichtmedizinerinnen über 50 % und bei den Ärztinnen sogar 67 % der Aussage zu, dass ungeborenes menschliches Leben in gleicher Weise schützenswert sei wie geborenes menschliches Leben. Von all denjenigen, die diese Position vertraten (54 %), sah aber wiederum nur ein Viertel den Abbruch als Unrecht an. 85 % der Ärztinnen, 74 % der nichtärztlichen Beraterinnen und 35 % der Mitarbeiterinnen von *pro familia* sprachen dem ungeborenen menschlichen Leben Menschenwürde zu. Von allen Beraterinnen, die im Bezug auf den Embryo von Menschenwürde sprachen (72 %), gab weniger als ein Fünftel an, dass ein Schwangerschaftsabbruch Unrecht sei. Die religiösen Beraterinnen (Skalenwert > 7) erkannten dem Embryo zwar zu drei Viertel Menschenwürde zu und fast 60 % erachteten ungeborenes menschliches Leben für in gleicher Weise schützenswert wie geborenes menschliches Leben, allerdings sprach letztlich nur ein Viertel von ihnen beim Abbruch von Unrecht. Insgesamt gaben 77 % aller Beraterinnen an, die Interessen der Frau stünden über den Interessen des Kindes. Gegenüber den Nichtmedizinerinnen (66 %) waren dies bei *pro familia* (91 %) signifikant mehr. Die Einschätzungen der *pro-familia*-Beraterinnen zu Unrecht, Schutzwürdigkeit und Menschenwürde unterschieden sich jeweils signifikant von den beiden anderen Gruppen.

Abbildung 6: Ich betrachte den Schwangerschaftsabbruch als Unrecht.*



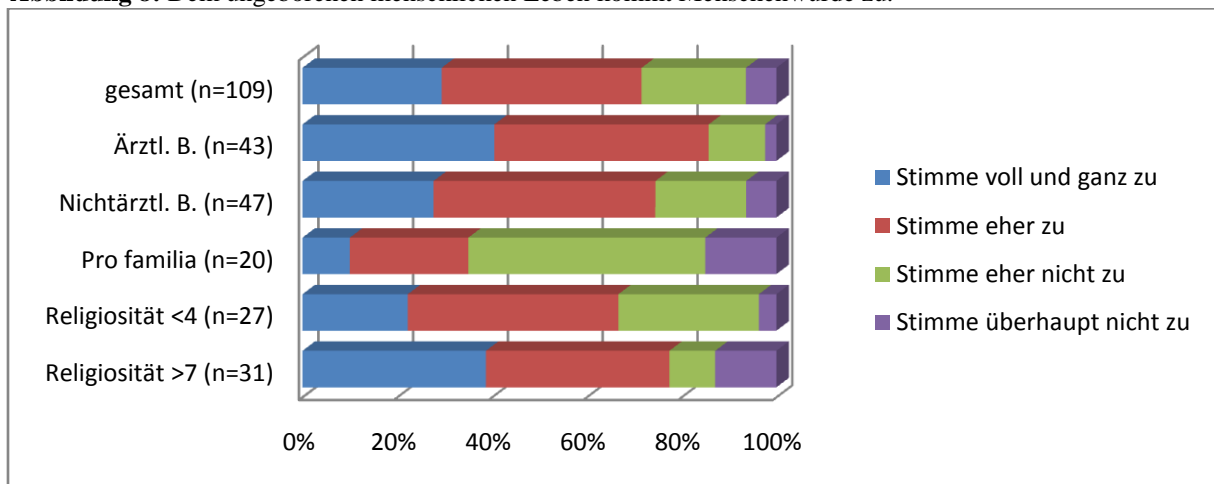
* Signifikanter Unterschied ($p < 0,05$)

Abbildung 7: Ungeborenes menschliches Leben ist in gleicher Weise schützenswert wie geborenes menschliches Leben.*



* Signifikanter Unterschied ($p < 0,05$)

Abbildung 8: Dem ungeborenen menschlichen Leben kommt Menschenwürde zu.*



* Signifikanter Unterschied ($p < 0,05$)

Tabelle 13: Moralische Einschätzungen (1)

	Schwangerschaftsabbruch ist Unrecht.	
	Stimme voll und ganz bzw. eher zu	Stimme eher nicht bzw. überhaupt nicht zu
Ungeborenes und geborenes menschliches Leben sind voll und ganz bzw. eher gleich schützenswert. (n=63)	23,8 %	76,2 %
Dem ungeborenen menschlichen Leben kommt voll und ganz bzw. eher Menschenwürde zu. (n=78)	17,9 %	82,1 %

Tabelle 14: Moralische Einschätzungen (2)

		Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Die Interessen der Schwangeren stehen über den Interessen des ungeborenen Kindes.*	gesamt (n=115)	24,4 %	52,2 %	19,1 %	4,3 %
	Ärztl. B. (n=43)	20,9 %	60,5 %	13,9 %	4,7 %
	Nichtärztl. B. (n=50)	18 %	48 %	28 %	6 %
	Pro familia (n=22)	45,4 %	45,5 %	9,1 %	-

* Signifikanter Unterschied ($p < 0,05$)

5.5.3 Einschätzungen zur Entscheidungsfindung

Die allermeisten Befragten waren der Ansicht, Verantwortung zu übernehmen hieße unter Umständen auch eine Schwangerschaft abubrechen (92 %) und für die Entscheidung sei allein die subjektive Einschätzung der Schwangeren maßgeblich (76 %). In begründeten Fällen zum Abbruch zu raten wurde überwiegend abgelehnt (65 %).

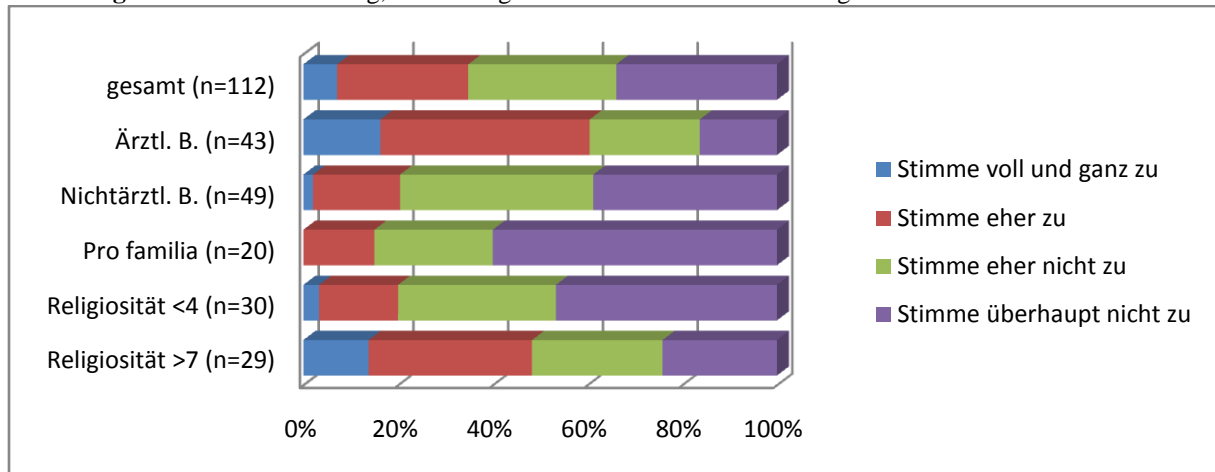
Unter den Beraterinnen von *pro familia* waren signifikant die meisten (75 %), die voll und ganz der Meinung waren, der Abbruch sei eine Form der Verantwortungsübernahme. Die *pro-familia*-Beraterinnen unterschieden sich zudem signifikant von den Medizinerinnen in der Frage, ob für die Entscheidung allein die subjektive Einschätzung der Schwangeren maßgeblich sei. Während dieser Ansicht 86 % der *pro-familia*-Beraterinnen zustimmten, taten dies nur 64 % der Ärztinnen. Weitere Signifikanzen lieferte die Frage, ob man als Beraterin in begründeten Fällen zum Abbruch raten sollte. Während 60 % der Ärztinnen und fast die Hälfte der religiösen (Skalenwert > 7) Beraterinnen solch einem Vorgehen zustimmen würden, lehnten dies je etwa 80 % der Mitarbeiterinnen der nichtärztlichen Beratungsstellen und *pro familia* sowie der wenig bzw. nicht religiösen (Skalenwert < 4) Beraterinnen ab.

Tabelle 15: Einschätzungen zur Entscheidungsfindung

		Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Verantwortung zu übernehmen heißt für die Schwangere unter Umständen auch eine Schwangerschaft abubrechen.*	gesamt (n=118)	45,8 %	45,8 %	5,9 %	2,5 %
	Ärzte (n=43)	34,9 %	51,2 %	9,3 %	4,6 %
	Ø Ärzte (n=51)	41,2 %	94,9 %	3,9 %	-
	Pro familia (n=24)	75 %	16,6 %	4,2 %	4,2 %
Für die Entscheidung zu Fortsetzung oder Abtreibung ist allein die subjektive Einschätzung der Schwangeren maßgeblich.*	gesamt (n=114)	36,8 %	39,5 %	21,9 %	1,8 %
	Ärzte (n=42)	26,2 %	38,1 %	33,3 %	2,4 %
	Ø Ärzte (n=50)	38 %	44 %	16 %	2 %
	Pro familia (n=22)	54,6 %	31,8 %	13,6 %	-

* Signifikanter Unterschied ($p < 0,05$)

Abbildung 9: Ich bin der Meinung, dass in begründeten Fällen zum Abbruch geraten werden sollte.*



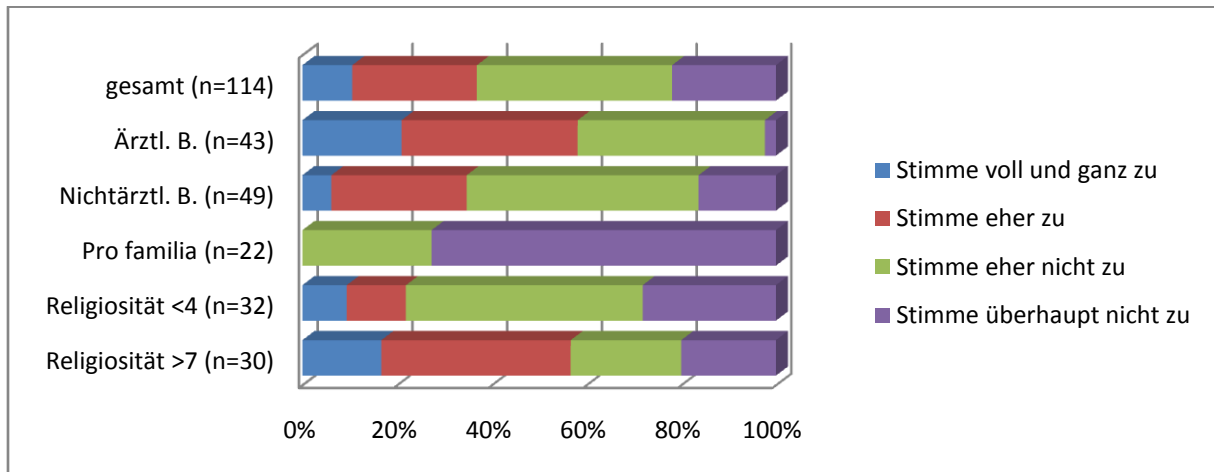
* Signifikanter Unterschied ($p < 0,05$)

5.5.4 Abbruchalternativen

Insgesamt standen die Beraterinnen möglichen Alternativen zum Schwangerschaftsabbruch eher skeptisch gegenüber. Lediglich ein Drittel der Befragten hielt Adoption und nur ein Viertel die Babyklappe für eine geeignete Alternative zum Schwangerschaftsabbruch.

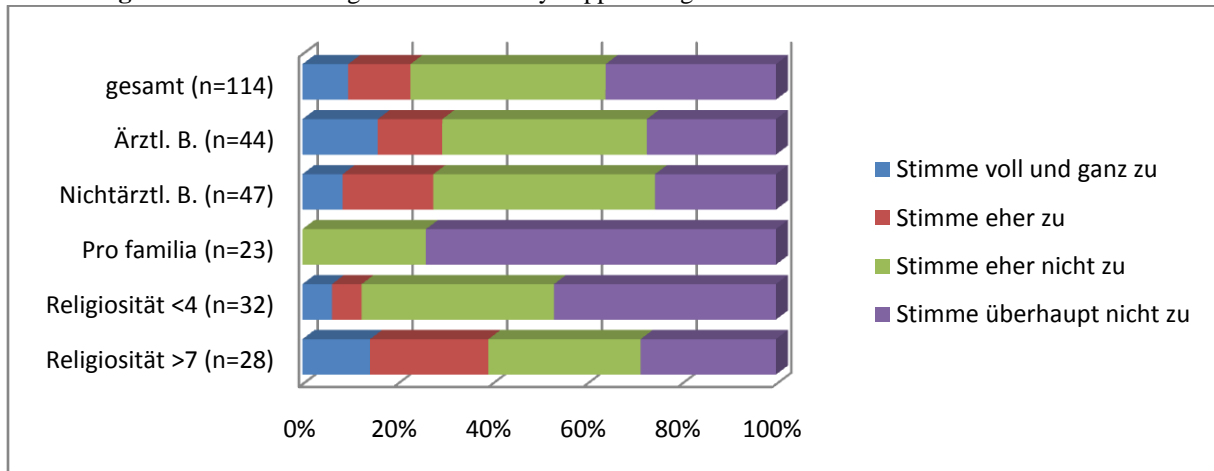
Im Gruppenvergleich gab es hierzu signifikante Unterschiede. So wurde beispielsweise Adoption von über der Hälfte der Ärztinnen positiv bewertet, von den nichtärztlichen Beraterinnen hingegen nur von 35 % und von keiner der Mitarbeiterinnen von *pro familia*. Letztere lehnten auch die Babyklappe einstimmig ab, während die Ärztinnen und Nichtmedizinerinnen diese zu je knapp einem Drittel befürworteten. Adoption wurde von den Adoptionsbefürworterinnen (37 %) in knapp der Hälfte ihrer Konfliktgespräche häufig und in einem Viertel manchmal thematisiert. In den Beratungsgesprächen der Adoptions skeptikerinnen (63 %) wurde hingegen nur in 6 % häufig und in 16 % manchmal über sie gesprochen. Die Fürsprecherinnen der Babyklappe (23 %) gaben zu einem Drittel an, manchmal über die Möglichkeit der Abgabe des Kindes in einer Klappe zu reden, diejenigen die diese Methode für ungeeignet hielten (77 %), thematisierten sie nahezu ausnahmslos selten bzw. nie (97 %). Unter den Beraterinnen, die sich als sehr religiös (Skalenwert > 7) einschätzten, gab es verglichen mit den nicht bzw. wenig Religiösen (Skalenwert < 4) signifikant mehr Fürsprecherinnen für Adoption. Erstere sahen darin zu 57 % eine sinnvolle Alternative, letztere nur zu 23 %. Ähnlich verhielten sich die Unterschiede zur Einschätzung der Babyklappe. Während sie von 35 % der Religiösen als sinnvoll bewertet wurde, teilten diese Meinung nur 13 % der wenig bzw. nicht Religiösen.

Abbildung 10: Meiner Meinung nach ist Adoption eine gute Alternative zum Abbruch.*



* Signifikanter Unterschied ($p < 0,05$)

Abbildung 11: Meiner Meinung nach ist die Babyklappe eine gute Alternative zum Abbruch.*



* Signifikanter Unterschied ($p < 0,05$)

Tabelle 16: Abbruchalternativen

		Häufigkeit der Thematisierung			
		häufig	manchmal	selten	Nie
Adoption ist eine geeignete Alternative. (n=112)	Stimme voll und ganz bzw. stimme eher zu (36,6 %)	48,8 %	26,8 %	19,5 %	4,9 %
	Stimme eher nicht bzw. überhaupt nicht zu (63,4 %)	5,6 %	15,5 %	66,2 %	12,7 %
Die Babyklappe ist eine geeignete Alternative. (n=112)	Stimme voll und ganz bzw. stimme eher zu (23,2 %)	-	34,6 %	26,9 %	38,5 %
	Stimme eher nicht bzw. überhaupt nicht zu (76,8 %)	1,2 %	2,3 %	32,6 %	63,9 %

5.6 Zusammenfassung

Von insgesamt 259 verschickten Fragebögen wurden 120 ausgefüllt zurück gesendet (Rücklauf 48 %). Für die Auswertung wurden drei Vergleichsgruppen gebildet: Es wurde zwischen *ärztlichen* und *nichtärztlichen* Beraterinnen unterschieden, die dritte Gruppe setzte sich aus den Beraterinnen von *pro familia* zusammen. Letztere wurden bewusst nicht den nichtärztlichen Beraterinnen zugeordnet, sondern als überregional agierender, nicht-staatlicher, nicht-konfessioneller Verband mit eigenem Leitbild einer gesonderten Betrachtung unterzogen.

Die überwiegende Mehrheit der Befragten war weiblich (84 %), zwischen 40 und 59 Jahre alt (77 %) und hatte selbst eigene Kinder (82 %). Die Gruppe der ärztlichen Beraterinnen war im Durchschnitt etwas älter, in ihr befanden sich zudem mit einem Drittel die meisten Männer. Drei Viertel der Teilnehmerinnen waren Mitglied einer Kirche, fast 50 % evangelisch und ein Viertel katholisch. Knapp die Hälfte stufte sich als durchschnittlich religiös ein (Skalenwert 4-7), je ein Viertel als sehr (Skalenwert 8-10) bzw. wenig (Skalenwert 1-3) religiös. *Pro familia* hatte den höchsten Anteil an Konfessionslosen (38 %), die wenigsten Katholikinnen (4 %) und deutlich die meisten, die ihre Religiosität als gering einschätzten (46 %). Der fachliche Hintergrund der ärztlichen Beraterinnen war ausschließlich Medizin, die Mitarbeiterinnen der nichtärztlichen Beratungseinrichtungen und *pro familia* waren überwiegend Sozialpädagoginnen (je 75 %). In allen Gruppen hatte eine breite Mehrheit (> 85 %) Zusatzqualifikationen für die Schwangerschaftskonfliktberatung erworben. Überwiegend wurden Fortbildungen sowie spezielle Grund- und Ausbildungskurse genannt, ein Drittel der Medizinerinnen nannte Psychosomatik.

Knapp die Hälfte der Beraterinnen war bereits länger als zehn Jahre im Bereich der Schwangerschaftskonfliktberatung tätig und führte jährlich mehr als 50 Beratungen durch. Die Beraterinnen von *pro familia* führten mit Abstand die meisten Beratungsgespräche. Eine Konfliktberatung dauerte bei den Medizinerinnen durchschnittlich zwischen 20 und 40 Minuten und damit nur halb so lang wie bei den Nichtmedizinerinnen und den Beraterinnen von *pro familia*. Der Anteil der jährlichen Beratungen, bei denen mehr als ein Gesprächstermin notwendig war, wurde in keiner Beratergruppe auf mehr als 10 % geschätzt.

Zu den im Beratungsgespräch sehr häufig angesprochenen Themen gehörten Empfängnisverhütung, die aktuelle Familien- bzw. Lebenssituation der Schwangeren, der weitere Lebensplan der Frau, die Beziehung zum Vater des Kindes und dessen Einstellung zu Fortsetzung bzw. Abbruch der Schwangerschaft. Ebenso häufig wurde über die

Lebenssituation nach eventuellem Abbruch bzw. Geburt des Kindes und das Angebot sozialer Fördermöglichkeiten gesprochen sowie über die gesetzlichen Regelungen und den Ablauf eines Schwangerschaftsabbruchs informiert. Alle angeführten Themen wurden von mehr als zwei Drittel der Beraterinnen häufig thematisiert.

Weniger häufig wurden die Entstehung der Schwangerschaft, die mit einem Abbruch einhergehenden Risiken, die berufliche Karriere und die biographischen Hintergründe der Schwangeren sowie die Bedeutung des Schwangerschaftskonflikts für die eigene Entwicklung der Schwangeren angesprochen. Ebenfalls weniger regelmäßig sprachen die Beraterinnen mit der Schwangeren über den Schutz des ungeborenen Lebens, Perspektiven für ein Leben mit dem Kind und die Möglichkeit der psychologischen Unterstützung. All diese Aspekte wurden von ein bis zwei Dritteln der Befragten häufig thematisiert.

Relativ selten wurde über Themen wie Druck des sozialen Umfeldes, Erwartungen einer Religionsgemeinschaft, Recht des ungeborenen Kindes auf Leben, Ermutigung zur Fortsetzung der Schwangerschaft und Abbruchalternativen wie Adoption und Babyklappe gesprochen. Weniger als ein Drittel der Beraterinnen gab an, diese Themenbereiche häufig zu thematisieren.

In der Vergleichsgruppenanalyse fiel auf, dass die Ärztinnen signifikant häufiger über die Risiken eines Schwangerschaftsabbruchs aufklärten. Während die Medizinerinnen zu fast 80 % häufig über Gefahren informierten, taten nichtärztlichen Beraterinnen dies nur zu gut 40 %. Darüber hinaus sprachen die Ärztinnen signifikant häufiger über die Möglichkeit der Adoption. Während gut ein Drittel unter ihnen angab, dies häufig zu tun, waren es bei den Nichtmedizinerinnen nur rund 15 % und bei *pro familia* niemand. Festzuhalten ist, dass diejenigen Beraterinnen die Adoption selbst für eine geeignete Alternative zum Schwangerschaftsabbruch hielten, diese Möglichkeit auch signifikant häufiger im Beratungsgespräch thematisierten. Zudem konnte bezüglich der Akzeptanz der Abbruchalternativen eine statistische Korrelation mit dem Grad der Religiosität ausgemacht werden. Während die religiösen Beraterinnen Adoption zu über der Hälfte und die Babyklappe immerhin zu einem Drittel befürworteten, sprachen sich die wenig bzw. nicht Religiösen nur zu einem Viertel für Ersteres und lediglich zu gut 10 % für Letzteres aus. Die meisten Beraterinnen, vor allem die nichtärztlichen und die *pro-familia*-Beraterinnen, standen beiden Abbruchalternativen skeptisch gegenüber.

Die Mehrzahl der Beraterinnen gab an, für das ungeborene Leben den Begriff „Kind“ (67 %) zu verwenden wenn es im Beratungsgespräch vorwiegend um die Fortsetzung der Schwangerschaft ging. Standen jedoch Abbruchgedanken im Mittelpunkt, so war der am häufigsten angegebene Begriff „Embryo“ (42 %). „Ungeborenes Kind“ (36 %) und „Ungeborenes“ (16 %) wurden in beiden Situationen jeweils mit etwa gleicher Häufigkeit verwendet.

In der Schwangerenberatung bei Minderjährigen sprach sich in beiden Altersklassen eine breite Mehrheit dafür aus, dass für die Entscheidung zur Fortsetzung der Schwangerschaft allein die Entscheidung der Schwangeren maßgeblich sei. Einige ärztliche wie nichtärztliche Beraterinnen stimmten dem nicht zu. Die Anwesenheit der gesetzlichen Vertreter im Konfliktgespräch wurde mehrheitlich für sinnvoll erachtet, insbesondere bei den unter 16-Jährigen. Weitgehend abgelehnt wurde hingegen die Vorstellung, die Anwesenheit der Eltern sollte Bedingung für die Scheinausstellung bzw. deren Einwilligung erforderlich für die Durchführung eines Abbruchs sein. Auch hier gab es besonders unter den Medizinerinnen und Nichtmedizinerinnen nicht wenige, die derartigen Auflagen zustimmten. Des Weiteren sprachen sich die Beraterinnen bei vorhandener Einsichtsfähigkeit der Minderjährigen weitgehend gegen die Notwendigkeit der Zustimmung der Eltern zum Abbruch aus. Einige ärztliche und nichtärztliche Beraterinnen teilten diese Ansicht nicht. Insgesamt wurden Auflagen, welche die Minderjährigen in ihrer Entscheidungsfreiheit einschränken, weitgehend abgelehnt, insbesondere von den *pro-familia*-Beraterinnen.

Die allermeisten Beraterinnen sahen Schwangerschaftsabbruch nicht als Unrecht an (87 %). Knapp zwei Drittel der Befragten sprachen dem ungeborenen menschlichen Leben Menschenwürde zu und gut die Hälfte erachtete ungeborenes menschliches Leben für in gleicher Weise schützenswert wie geborenes menschliches Leben. Die Beraterinnen, die sich für die Zuerkennung der Menschenwürde aussprachen, befanden zu weniger als einem Fünftel, dass Schwangerschaftsabbruch Unrecht sei und diejenigen, die geborenes und ungeborenes menschliches Leben für gleich schutzwürdig hielten, zu einem Viertel. Auch von den Beraterinnen, die sich selbst als sehr religiös einstufen, ging nur ein Viertel davon aus, dass Schwangerschaftsabbruch Unrecht darstelle. Die Mitarbeiterinnen von *pro familia* sprachen dem Embryo im Vergleich zu den ärztlichen und nichtärztlichen Beraterinnen seltener Menschenwürde zu, erachteten geborenes und ungeborenes menschliches Leben weniger häufig für gleich schützenswert und waren ausnahmslos der Meinung, dass Schwangerschaftsabbruch kein Unrecht darstelle.

Die Beraterinnen verstanden sich mehrheitlich sowohl als Anwältinnen der Interessen der Schwangeren als auch der des Kindes und gaben überwiegend an, die Schwangere neutral zu beraten. Knapp ein Fünftel der Befragten sah ihre Aufgabe einzig in der Informationsvermittlung. Die Vergleichsgruppenanalyse ergab bezüglich des Rollenverständnisses signifikante Unterschiede. So lehnten es etwa die Mitarbeiterinnen von *pro familia* entschieden ab, als Anwältinnen der kindlichen Interessen zu agieren (82 %) während dem je über 60 % der anderen beiden Gruppen zustimmten. Die sehr religiösen Beraterinnen verstanden sich, verglichen mit den wenig bzw. nicht Religiösen, einerseits häufiger als Anwältinnen des Kindes, und andererseits auch häufiger als Verteidigerinnen der Interessen der Frau. Darüber hinaus verstanden sie sich im Beratungsgespräch weitaus seltener absolut neutral als diejenigen Beraterinnen, die sich als wenig bzw. nicht religiös einschätzten.

Die bestehende gesetzliche Regelung zum Schwangerschaftsabbruch wurde von den meisten Beraterinnen für sinnvoll erachtet. Nichtsdestotrotz sah sich über die Hälfte nicht primär an die Vorgaben des Gesetzgebers gebunden. Die Ärztinnen fühlten sich, verglichen mit den Nichtmedizinerinnen und *pro-familia*-Beraterinnen, stärker ihrem eigenen Gewissen verpflichtet und hielten in begründeten Fällen eine direkte Einflussnahme auf die Entscheidung der Schwangeren für geboten. Während mehr als 60 % der Medizinerinnen der Aussage zustimmte, dass in begründeten Fällen zum Abbruch geraten werden sollte, stieß dies in den beiden anderen Vergleichsgruppen vornehmlich auf Ablehnung. Allgemein sprachen sich die Beraterinnen in allen Gruppen, jedoch besonders bei *pro familia*, dafür aus, für die Entscheidung über Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft sei allein die subjektive Einstellung der Schwangeren maßgeblich, die Interessen der Schwangeren stünden über denen des Kindes und Verantwortung zu übernehmen heiße unter Umständen auch eine Schwangerschaft abzulehnen.

Letztlich ermutigten die Ärztinnen in 30 %, die nichtärztlichen Beraterinnen in 16 % und die Mitarbeiterinnen von *pro familia* in 5 % der Fälle zur Fortsetzung der Schwangerschaft. Der Einfluss der Beraterinnen auf die Entscheidung der Schwangeren wurde insgesamt als gering angesehen. Der geschätzte Anteil der Frauen, der durch die Beratung zum Austragen des Kindes bewegt werden konnte, belief sich in allen Vergleichsgruppen auf unter 10 %.

6. Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studie diskutiert und Erklärungsansätze für diese erarbeitet. Zunächst wird auf den Inhalt und die Ausgestaltung der Konfliktgespräche eingegangen und im Anschluss das den Beraterinnen zugrundeliegende Beratungsverständnis untersucht. Der Erörterung der moralischen Einschätzungen zum Schwangerschaftsabbruch folgt eine Diskussion um mögliche Abbruchalternativen. Schließlich wird auf einen Sonderfall, die Schwangerschaftskonfliktberatung bei unter 18-Jährigen, eingegangen. Abschließend werden die zentralen Diskussionspunkte noch einmal zusammengefasst.

6.1 Inhalt und Ablauf der Beratungsgespräche

Die Auswertung der Fragen zu den in der Beratung angesprochenen Themen zeigt, dass die Beraterinnen aller Vergleichsgruppen einen Schwerpunkt auf die Erörterung der aktuellen und künftigen familiären Lebenssituation der Schwangeren legen. Das Aufzeigen psychologischer und sozialer Unterstützungsmöglichkeiten und die Aufklärung über die gesetzliche Lage sowie über Ablauf und Risiken des Schwangerschaftsabbruchs stehen hierbei ebenso im Vordergrund wie die Beziehung der Schwangeren zum Vater des Kindes. Druck des sozialen Umfelds oder Erwartungen der Religionsgemeinschaft, der die Schwangere angehört, spielen hingegen eine untergeordnete Rolle. Erwähnenswert ist, dass die Ärztinnen signifikant häufiger über die Gefahren eines Schwangerschaftsabbruchs informierten als die nichtärztlichen Beraterinnen und im Konfliktgespräch am häufigsten das Thema Adoption als mögliche Alternative zum Schwangerschaftsabbruch ansprachen. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Themen konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Thematisierungshäufigkeit festgestellt werden.

Betrachtet man die Häufigkeiten, mit der die in § 219 StGB aufgeführten Themen wie Schutz des ungeborenen Lebens, Recht des ungeborenen Kindes auf Leben und Ermutigung zur Fortsetzung im Beratungsgespräch thematisiert werden, so fällt auf, dass dies in allen Beratergruppen vergleichsweise selten geschah. Dies könnte daran liegen, dass die Beraterinnen eine explizite Thematisierung nicht für notwendig erachteten, weil sie den Eindruck hatten, dass die Schwangere die Einschätzungen des Gesetzgebers zum Abbruch und dessen in § 219 StGB angeführten Beratungszielsetzung teilt. Im Folgenden soll jedoch untersucht werden, inwieweit sich aus dem Beratungsverständnis noch andere Gründe für die geringe Thematisierung dieser Aspekte und insbesondere für die in allen Vergleichsgruppen

relativ geringe Häufigkeit, mit der die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft ermutigt wurde, erschließen.

6.2 Zugrundeliegendes Beratungsverständnis

Betrachtet man die Ergebnisse zum Beratungsverständnis, so scheinen sich die Beraterinnen im Konfliktgespräch überwiegend an den Grundsätzen Unparteilichkeit und Objektivität zu orientieren¹⁹. In allen Vergleichsgruppen gab eine breite Mehrheit an, die Schwangere neutral zu beraten. Dass dies nicht immer gelingt bzw. das Erreichen einer absoluten Neutralität im Beratungsgespräch vielleicht sogar unmöglich ist (Beer 1999), zeigt unter anderem, dass die Beraterinnen unterschiedliche Begriffe für das ungeborene Leben verwendeten, je nachdem ob im Beratungsgespräch eher die Fortsetzung oder der Abbruch der Schwangerschaft im Vordergrund stand. In diesem Zusammenhang sei auch erwähnt, dass die Häufigkeit, mit der etwa das Thema Adoption im Beratungsgespräch angesprochen wurde, mit der persönlichen Bewertung dieser Abbruchsalternative korrelierte.

Interessanterweise sahen die Befragten, abgesehen von den Beraterinnen von *pro familia*, keinen Gegensatz darin sich zum einen für die Interessen der Schwangeren einzusetzen und zum anderen die Interessen des Kindes zu vertreten. Die allermeisten Beraterinnen, die ihre Rolle anwaltlich verstanden, taten dies im Sinne einer doppelten Anwaltschaft. Eine Mehrheit der Beraterinnen fühlte sich den gesetzlichen Ausführungen zur Schwangerschaftskonfliktberatung nicht primär verpflichtet.

Eine mögliche Erklärung für den hohen Stellenwert von Objektivität und Unparteilichkeit könnte sein, dass die Beraterinnen die im Schwangerschaftskonfliktgesetz geforderte „Ergebnisoffenheit“ als Aufforderung zur Neutralität bzw. Nondirektivität verstanden. Da sich aber die Beraterinnen den gesetzlichen Vorgaben nur teilweise primär verpflichtet fühlten und eine breite Mehrheit betonte, allein die subjektive Einschätzung der Schwangeren sei maßgeblich für die Entscheidung zur Fortsetzung oder zum Abbruch der Schwangerschaft, dürfte es in erster Linie dem professionellen Rollenverständnis von Beraterinnen entsprechen, die zu Beratenden in ihrem Entscheidungsfindungsprozess zu unterstützen, diese aber nicht in eine bestimmte Richtung zu beeinflussen. Experten weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Einflussmöglichkeiten der Beraterinnen auf die Entscheidung der Schwangeren ohnehin sehr gering sind, was dazu führe, dass sich viele Beraterinnen als inkompetent und machtlos erleben (Beer 1999). Dies konnte im Rahmen der Studie nicht bestätigt werden.

¹⁹ S. hierzu auch die Anmerkungen und Kommentare zu Fragen 4, 6 und 7 im Anhang.

Zwar wurde der eigene Einfluss auf die Entscheidung der Schwangeren von den Beraterinnen nahezu durchgehend als gering eingeschätzt, allerdings gab – abgesehen von einigen Ärztinnen – kaum eine Beraterin an, sich für die Entscheidung einer von ihr beratenen Frau zum Schwangerschaftsabbruch moralisch mitverantwortlich zu fühlen und deshalb ein schlechtes Gewissen zu haben. Das eigene Gewissen der Beraterinnen war ohnehin, mit Ausnahme der Ärztinnen, überwiegend nicht primärer Orientierungspunkt für die Beratungen. Auch dies kann als weiterer Beleg dafür gewertet werden, dass die Beraterinnen versuchen im Gespräch eine gewisse Neutralität und einen objektiven Standpunkt zu wahren.

Das Streben nach einer weitgehend wertneutralen Beratung steht jedoch im Widerspruch zu dem vom Bundesverfassungsgericht deklarierten Ziel des Lebensschutzes. Dieses legt nicht nur eine moralische und rechtliche Höherwertigkeit einer der beiden Entscheidungen nahe, sondern suggeriert ebenso eine gesetzliche Parteilichkeit zugunsten des ungeborenen Lebens – schließlich wird die Ermutigung zur Fortsetzung der Schwangerschaft in jedem Falle verlangt (Kettner 2001). Der Philosoph und Psychologe Matthias Kettner bringt die sich daraus ergebenden Problematik wie folgt auf den Punkt: „Folgten Berater unvermittelt und ausschließlich dieser gesetzlichen Direktive, so müsste, was ein psychologischer Beratungsdialog mit offenem Ergebnis sein sollte, zu bloßer Propaganda für eine vorgefaßte, in die Gesetzeskraft eingeschriebene Überzeugung vom Richtigen verkommen“ (Kettner 1998: 10). Gerade diesem Problem versuchen die Beraterinnen mit einer Beratung frei von moralischen Vorgaben entgegenzuwirken. Hierin ist auch am ehesten der Grund zu suchen, warum die Beraterinnen in allen Gruppen letztlich nur in weniger als einem Drittel der Beratungen zur Fortsetzung der Schwangerschaft ermutigen und auch die in § 219 StGB aufgeführten Themen, wie etwa Schutz des ungeborenen Lebens oder das Lebensrecht des Ungeborenen, bei weitem nicht in jeder Beratung thematisieren. Es ist zu vermuten, dass dies bewusst nicht geschieht, da eine direkte Konfrontation mit Wertvorstellungen nicht dem professionellen Beratungsverständnis entspricht. Die Beratungsexpertin Ilse Schläpfer-Reiser betont in diesem Kontext, dass es für das Gelingen einer Beratung notwendig sei, sich als Beraterin in die Situation der Frau einzufühlen, sich mit ihr zu identifizieren und ein Stück weit zu solidarisieren. Die Frau an „ihre Pflichten“ zu erinnern trage hingegen nicht zu einer adäquaten Lösung der Konfliktsituation bei (Schläpfer-Reiser 2000). Die Herausforderung für die Beraterinnen besteht darin, trotz des Zwangscharakters der Beratung ein Maximum an Autonomie für die Schwangere zu gewährleisten. Gerade darin liegen die Legitimation der Beratung und der Unterschied zur Unterweisung (Levold 1998). In diesem Zusammenhang und im Hinblick auf eine selbstverantwortliche, nicht bevormundende Entscheidungsfindung,

überrascht die von den Ärztinnen mehrheitlich vertretene Meinung, dass es sinnvoll wäre, in besonderen Fällen zum Abbruch zu raten. Vielleicht mag dabei eine Beschleunigung des Entscheidungsfindungsprozesses eine Rolle spielen, da die Medizinerinnen im klinischen Alltag immer wieder die Erfahrung machen, dass ein Abbruch umso komplikationsloser verläuft, je frühzeitiger er durchgeführt wird (Schwenzer 2010). Eine andere Möglichkeit, die zudem auch die Verpflichtung gegenüber dem eigenen Gewissen erklären könnte, ist, dass bei Ärztinnen tendenziell ein gewisser Hang zum Paternalismus besteht. Dies ist vielleicht als Residuum aus einer Zeit zu verstehen, in der in medizinischen Fragen noch keine gemeinsame Entscheidung mit dem Patienten im Sinne eines sogenannten *shared-decision-making* angestrebt wurde, sondern die Ärztin sich aufgrund ihrer Fachkompetenz und ihres Wissensvorsprungs für berufen hielt, gerade auch in schwerwiegenden, folgenreichen Entscheidungen für ihre Patientin zu entscheiden (Klemperer 2006).

In allen Vergleichsgruppen fällt auf, dass sich nur rund die Hälfte der Beraterinnen primär den Vorgaben des Gesetzgebers verpflichtet fühlte. Dies kann einerseits, wie Kritiker der geltenden Beratungsregelung einwenden, an zu geringen Kontrollen und einer vernachlässigten Beobachtungspflicht durch den Staat liegen (Ellwanger 2006).

Andererseits ist auch vorstellbar, dass nicht alle Beraterinnen angaben, sich den Weisungen des Gesetzgebers verpflichtet zu fühlen, da dies auf Grund der Unvereinbarkeit der beiden zentralen gesetzlichen Anliegen und der damit implizierten Beratungsverständnisse für sie nicht möglich ist. Zum einen soll, dem Strafgesetzbuch entsprechend, das eigenständige Lebensrecht des Ungeborenen und der Unrechtscharakter des Abbruchs unterstrichen und die Schwangere zur Fortsetzung der Schwangerschaft ermutigt werden, zum anderen dem Schwangerschaftskonfliktgesetz entsprechend, die Frau ergebnisoffen, nicht bevormundend oder belehrend in einer von ihr selbst zu verantwortenden Entscheidung unterstützt werden. Die Ausführungen des Gesetzgebers eröffnen somit einen Spielraum für unterschiedliche Beratungsansätze und machen eine Prioritätensetzung seitens der Beraterinnen erforderlich. Eine von den Gesetzestexten abgeleitete Beratungsauffassung mag beispielsweise den Schwerpunkt auf die erstgenannten Aspekte wie Unrechtsbewusstsein, Lebensrecht und Schwangerschaftsfortsetzung setzen. Dies muss jedoch zwangsläufig mit einer geringeren Berücksichtigung des zweiten Hauptanliegens, welches jedoch die allermeisten der Befragten in den Mittelpunkt rückten, einhergehen. Nach ihrem professionellen Beratungsverständnis und Beratungsethos sehen sich die Beratenden am ehesten dazu verpflichtet, die Schwangere

in einem Entscheidungsprozess zu unterstützen, dessen Ausgang allein von der Frau selbst und ihren persönlichen Wertvorstellungen zu verantworten ist.

6.3 Moralische Einschätzung des Schwangerschaftsabbruchs

Die Ergebnisse der Fragen zur moralischen Bewertung des Schwangerschaftsabbruchs zeigen, dass sich die Einschätzungen der Beraterinnen nur bedingt mit den Wertvorstellungen des Bundesverfassungsgerichts decken. So befand das oberste Gericht beispielsweise in seinem Urteil von 1993, dass die Schutzpflicht des Staates auch gegenüber dem ungeborenen menschlichen Leben in dessen Menschenwürde gründet (BVerfG 1993). Zwar waren auch die Beraterinnen, abgesehen von den Mitarbeiterinnen von *pro familia*, mehrheitlich der Meinung, dem Embryo komme Menschenwürde zu, allerdings führte dies nur bei den wenigsten dazu, den Abbruch als Unrecht einzustufen. Auch das christliche Werteverständnis scheint keinen nennenswerten Einfluss auf das Unrechtsverständnis der Beraterinnen zu haben. Selbst von denjenigen, die sich als sehr religiös einschätzten, sah nur ein geringer Teil im Abbruch ein Unrecht. Das Gericht hingegen betonte ausdrücklich, dass Schwangerschaftsabbruch für die gesamte Dauer der Schwangerschaft als Unrecht anzusehen ist.

Wenngleich für den Begriff Menschenwürde eine Vielzahl von Definitionen und Begründungen existieren (Kettner 2004, Stoecker 2003), so erscheint dieses Ergebnis zumindest vor dem gängigen Verständnis von Menschenwürde als etwas Unantastbarem, Unabwägbarem paradox. Wird etwa Würde im Sinne Kants als etwas verstanden, das keinen Preis hat und an dessen Stelle kein Äquivalent gesetzt werden dürfe (Timmermann 2004), so entzöge sich das Leben eines Ungeborenen von vornherein jeglicher Güterabwägung. Folglich liegt vielen Beraterinnen am ehesten ein Würdeverständnis zugrunde, welches, zumindest bezogen auf das ungeborene menschliche Leben, eine Abwägung zulässt. Ein solches Würdeverständnis wird in Expertenkreisen kontrovers diskutiert. So wenden Kritiker wie der Verfassungsrechtler Ernst-Wolfgang Böckenförde ein, dass gerade die Menschenwürde als universal gültige Fundamentalnorm, als Grundlage allen Rechts in einer Demokratie nicht relativierend dem Zeitgeist unterworfen werden dürfe (Böckenförde 2004). Der Moraltheologe Eberhard Schockenhoff sieht in den mit einer Relativierung einhergehenden Folgen sogar eine Art von Diskriminierung im Sinne einer neuartigen entwicklungsbedingten Benachteiligung und damit einen Rückschritt in der Geschichte der menschlichen Zivilisation (Schockenhoff 2003). Demgegenüber sprechen sich andere, wie der Philosoph Dieter

Birnbacher, in diesem Zusammenhang dafür aus, verschiedene Bedeutungen des Begriffs Menschenwürde mit jeweils unterschiedlichem Anwendungsbereich und normativem Gehalt zu formulieren²⁰. Nach Birnbacher fallen Embryonen in den Bereich einer schwächeren Fassung von Menschenwürde, aus der keine unbedingte Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens abgeleitet werden kann (Birnbacher 2004b). Die sich aus diesem schwachen Menschenwürdebegriff ableitenden Pflichten sind, so Birnbacher, gegen anderweitige Rechte und Pflichten abwägbar. Diese Auffassung entspreche einer weitverbreiteten, im Übrigen auch in allen Rechtssystemen einbezogenen Intuition, wonach dem werdenden menschlichen Leben eine schwächere Form von Achtung gebühre als dem geborenen (Birnbacher 2004b). Um die Schwierigkeiten der Abwägbarkeit gänzlich zu umgehen, wird mitunter auch vorgeschlagen, nicht die Würde an sich zu relativieren, sondern das Subjekt der Würde, also den Menschen in seinen verschiedenen Entwicklungsstadien. Nach Jürgen Spranger, Pädiater und ehemaliger Direktor der Universitätskinderklinik Mainz, ließe sich mit der Trennung von Mensch und Person (s. Abschnitt 2.3.1) die Problematik zwischen dem unantastbaren Würdeschutz menschlichen Lebens als solchem und einem gestuften Würdeschutz menschlichen Lebens als einer sich entwickelnden Daseinsform lösen (Spranger 2008).

Es lässt sich festhalten, dass sich das Unrechtsverständnis der Beraterinnen bezogen auf Schwangerschaftsabbruch vom Unrechtsverständnis der Verfassungsrichter unterscheidet. Ursächlich hierfür sind am ehesten unterschiedliche Moralvorstellungen, die zur Bewertung der Abbruchproblematik herangezogen werden bzw. allgemein unterschiedliche Auffassungen zum moralischen Status des Embryos. Liegt etwa für das Bundesverfassungsgericht der Hauptgrund für die volle Schutzwürdigkeit des ungeborenen Lebens in seiner Menschenwürde, so ist dessen Zuerkennung für die Beraterinnen weder ein Hinderungsgrund, Schwangerschaftsabbrüche nicht als Unrecht anzusehen, noch die Interessen der Schwangeren über die des Kindes zu stellen. Während das oberste Gericht von *maximalem* moralischem Status und absoluter Schutzwürdigkeit ausgeht, so tendieren die Beraterinnen am ehesten zu einem Konzept mit *abgestuften* moralischem Status und entsprechend bedingter Schutzwürdigkeit (s. Abschnitt 2.3).

²⁰ Birnbacher unterscheidet drei Bedeutungen von Menschenwürde: Zum einen unterscheidet er einen normativ starken Begriff, der die geborenen und lebenden menschlichen Lebewesen umfasst von einer schwächeren Variante, die beispielsweise bei der befruchteten menschlichen Eizelle Anwendung findet. Ein dritter Begriff umfasst das gesamte Kollektiv, also die Gattung. Während die Rechte des starken Menschenwürdebegriffs unabwägbar sind, sind die Pflichten, die sich aus dem schwachen Begriff ergeben, abwägbar. Weder aus dem starken, noch aus dem schwachen Begriff resultiert für Birnbacher eine unbedingte Schutzwürdigkeit des menschlichen Lebens, wohl aber ein Instrumentalisierungsverbot (Birnbacher 2004b).

Es ist zudem gut vorstellbar, dass die Beraterinnen neben bzw. vielleicht sogar überwiegend den Aspekt der Verantwortung statt der gängigen Argumente der Statusdiskussion zur moralischen Bewertung der Abbruchproblematik heranziehen. So gab beispielsweise eine Mehrheit der Beraterinnen an, der Abbruch einer Schwangerschaft sei unter Umständen auch eine Form der Verantwortungsübernahme. Dieser Sichtweise mag eine beziehungs- bzw. verantwortungsethische Perspektive zugrunde liegen, die den moralischen Gehalt von sozialen Beziehungen und Elternschaft in den Fokus rückt (s. Abschnitt 2.4). Die Beraterinnen bewerten den Abbruch vielleicht am ehesten aus dem Blickwinkel der werdenden Eltern, für die weniger das Recht auf Leben im Vordergrund steht, sondern vielmehr die Chancen und die Art und Weise des Überlebens des Kindes (Wiesemann 2006). Nur wenn die Sicherheit vorhanden ist, dass die zukünftigen Lebensverhältnisse des Kindes garantiert werden können, ist die Geburt des Kindes verantwortbar und damit in moralischer Hinsicht vertretbar.

Am deutlichsten weichen die Einschätzungen der *pro-familia*-Beraterinnen von den Ausführungen der Verfassungsrichter ab. Sie unterscheiden sich in der Zuschreibung von Menschenwürde, Schutzwürdigkeit und Unrechtsbewusstsein signifikant von den beiden anderen Vergleichsgruppen. Gründe für die insgesamt liberalere Haltung der *pro-familia*-Beraterinnen sind im Leitbild und im Selbstverständnis ihrer Beratungseinrichtung zu suchen. *Pro familia* versteht sich als Menschenrechtsorganisation und tritt entschieden für die sexuellen wie reproduktiven Rechte der Frau ein. Nach Ansicht von *pro familia* hat jede Frau das Grundrecht sich frei, zwanglos und eigenverantwortlich für oder gegen ein Kind entscheiden zu können. Oberste Priorität hat demnach das Selbstbestimmungsrecht der Frau auf eine eigens zu verantwortende Entscheidung nach eigenen moralischen Maßstäben. In der Beratung stehen Respekt vor der leiblichen Intimität, die Achtung der Entscheidungsfreiheit und der Verzicht auf Konfrontation mit moralischen Vorgaben im Vordergrund (Pro familia 2006a). Die Bundesvorsitzende Gisela Notz betont, dass *pro familia* jede Neuregelung, die die Situation von Frauen durch den leichteren Zugang zu Methoden des Schwangerschaftsabbruchs verbessere, unterstütze und fordert, dass der § 218 aus dem Strafgesetzbuch ersatzlos gestrichen wird (Notz 2007).

Diskussionswürdig erscheinen des Weiteren die Einschätzungen, insbesondere der ärztlichen und nichtärztlichen Beraterinnen, wonach geborenes und ungeborenes menschliches Leben zwar einerseits für in gleicher Weise schützenswert gehalten wird, ein Schwangerschaftsabbruch jedoch andererseits nicht als Unrecht angesehen wird. Der

Medizinethiker Urban Wiesing stellt hierzu fest, dass der Gedanke erwachsene Menschen töten zu dürfen, weil anderen die „Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustand“ drohe, allen sonstigen Überzeugungen zum Tötungsverbot bei Erwachsenen widerspräche²¹ (Wiesing 1999). Auch der Rechtsphilosoph Norbert Hoerster weist darauf hin, dass das Tötungsverbot, würde es bei Ungeborenen mit gleicher Konsequenz eingehalten wie bei Erwachsenen, einen Schwangerschaftsabbruch nur bei strenger medizinischer Indikation, wie etwa bei Lebensgefahr der Schwangeren, zuließe (Hoerster 1991). Nicht zuletzt sind die Angaben zur Schutzwürdigkeit von ungeborenem und geborenem menschlichem Leben schwierig mit der unter den Beraterinnen weit verbreiteten Meinung, die Interessen der Schwangeren stünden über denen des ungeborenen Kindes, in Einklang zu bringen. Bedenkt man, dass sich das Lebensrecht eines Erwachsenen in der Regel²² grundsätzlich einer Güterabwägung entzieht, so müsste dies, vorausgesetzt man hält geborenes und ungeborenes Leben für in gleicher Weise schützenswert, konsequenterweise auch für den Schwangerschaftsabbruch gelten. Dies wiederum ließe einen Schwangerschaftsabbruch nur in sehr eng gesteckten Grenzen zu.

6.4 Alternativen zum Schwangerschaftsabbruch

Die Freigabe des Kindes zur Adoption wurde am ehesten von den ärztlichen Beraterinnen als mögliche Alternative zum Schwangerschaftsabbruch gesehen und in den Beratungsgesprächen angesprochen. Die Mehrheit der Beraterinnen begegnete dieser Abbruchalternative hingegen mit Vorbehalten und thematisierte sie nicht.

Ein möglicher Grund für diese Vorbehalte könnte in der Erfahrung der Beraterinnen liegen, dass für die Schwangeren eine Abgabe des Kindes an Adoptiveltern überhaupt nur in seltenen Fällen in Frage kommt. Dies wiederum könnte damit zusammenhängen, dass die Schwangere, die einen Abbruch in Erwägung zieht, nicht nur kein Kind, sondern darüber hinaus – beispielsweise aus Angst vor sozialer Stigmatisierung und Diskriminierung – auch keine Schwangerschaft möchte. Nach Ansicht der Adoptionsexpertin Christine Swientek können sich Schwangere daher oft nicht vorstellen „[...] ein Kind neun Monate lang auszutragen, in

²¹ Man stelle sich nur einmal vor, die Tötung etwa chronisch Kranker, die unter Umständen tatsächlich eine Belastung darstellen könnten, bliebe in einer extremen Konfliktsituation nach vorheriger Beratung straffrei (Wiesing 1999).

²² Eine Ausnahme hiervon ist beispielsweise die Tötung aus Notwehr. In diesem Fall kann der in Notwehr Handelnde prinzipiell auch dann das zur Abwehr erforderliche tun, wenn zwischen angegriffenem und dem von ihm vernichteten Gut wertmäßig ein deutliches Missverhältnis besteht. Nach Hoerster setzt jedoch eine Notwehrlage zurechenbares oder verantwortbares Handeln voraus und trifft daher auf den Embryo nicht zu (Hoerster 1991).

dieser Zeit [...] eine Beziehung zu dem Kind zu bekommen, sich aktiv auf die Geburt vorzubereiten, um es dann wildfremden Menschen inkognito und für alle Zeiten zu überlassen – und unter Umständen nie wieder etwas über das Kind zu erfahren“ (Swientek o.J.: 3). Ferner wird darauf hingewiesen, dass für Adoptivkinder im Zusammenhang mit der Erfahrung, ursprünglich weggegeben worden zu sein, vermehrt Trennungs- und Verlassensängste einhergingen, und das Gefühl der ursprünglichen Unerwünschtheit²³ eine psychische Belastung für das spätere Leben darstelle (Berger 1998).

Auch die Babyklappe, in Deutschland vor etwa zehn Jahren eingeführt²⁴, wurde von den Beraterinnen nur in Ausnahmefällen thematisiert und nur von einer Minderheit als geeignete Alternative zum Abbruch angesehen. Insbesondere die Mitarbeiterinnen von *pro familia* hatten diesbezüglich Vorbehalte.

Ein in diesem Zusammenhang von Kritikern häufig eingewandter Aspekt ist die bis dato nach wie vor strittige Rechtsgrundlage der anonymen Kindsabgabe sowie die Verletzung des verfassungsrechtlich gesicherte Grundrechts eines jeden Kindes, seine biologische Abstammung zu kennen (Werner 2010, Busch 2005). Darüberhinaus wird angeführt, dass die Anonymität sowohl für das Kind, als auch für die Mutter weitreichende Konsequenzen mit sich bringt. Während die einen in der Wahrung der Anonymität der Mutter einen Ausdruck besonderer Ernsthaftigkeit sehen, mit der man sich ihrer Probleme annehme und ihrer Notlage begegne, fürchten die anderen eine deutlich erhöhte Gefahr für gravierende psychische Belastungen in späteren Jahren. Des Weiteren wird angeführt, dass das Kind die Aussetzung zwangsläufig als Kränkung erfahre und dadurch eine Belastung erwüchse, die letztlich nur durch eine ungeheure psychische Leistung zu bewältigen sei (Bockenheimer-Lucius 2002). Der Deutsche Ethikrat reagierte auf die Kritik und die mit der Babyklappe einhergehende ethische und rechtliche Problematik, indem er sich 2009 in einer Stellungnahme mehrheitlich dafür aussprach, die vorhandenen Babyklappen und Möglichkeiten zur anonymen Geburt wieder aufzugeben (Deutscher Ethikrat 2009).

Ein Aspekt der sowohl bei der Abgabe des Kindes in einer Babyklappe, als auch bei der Freigabe zur Adoption berücksichtigt werden muss, ist die Vernachlässigung der sich bis zur Geburt bereits entwickelten und darüber hinaus bestehenden persönlichen Beziehungen der Schwangeren zu ihrem Kind. Durch diese Bindungen entstehe jedoch, so die Medizinethikerin

²³ Berger weist darauf hin, dass die Motive für die Freigabe eines Kindes zur Adoption oft unfreiwillige seien und nicht generalisierend auf dessen Unerwünschtheit zurückführbar seien (Berger 1998).

²⁴ Die Einführung dieser öffentlich zugänglichen geschützten Wärmebettchen erfolgte, anknüpfend an eine mittelalterliche Tradition, mit dem Ziel, Neugeborene vor Aussetzung bzw. Kindstötung zu bewahren (Lehmann 2007).

Claudia Wiesemann, eine persönliche Verantwortung für die Zukunft des Kindes. Aus verantwortungsethischer Perspektive sind daher sowohl Adoption als auch die Babyklappe abermals problembehaftet. Die Abgabe des Kindes erzeuge deshalb einen erneuten Konflikt, da sie wiederum Elemente von Verantwortungslosigkeit und schwerwiegendem Beziehungsversagen enthalte (Wiesemann 2006).

Abschließend sei erwähnt, dass die Beraterinnen, die sich selbst als sehr religiös einstufen, in höherem Maße dazu bereit waren, die mit Adoption und Babyklappe einhergehenden Schwierigkeiten und Probleme zu akzeptieren um einen Schwangerschaftsabbruch zu vermeiden, als diejenigen Beraterinnen, die sich selbst als wenig bzw. nicht religiös einstufen.

6.5 Spezialthema: Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes wurden in Deutschland im Jahr 2010 knapp 4500 Schwangerschaftsabbrüche bei Frauen unter 18 Jahren durchgeführt (Statistisches Bundesamt 2011a). Eine gemeinsame Studie von *pro familia* und Diakonischem Werk an über 2000 minderjährigen Frauen hat gezeigt, dass Schwangerschaften bei unter 18-Jährigen zuallermeist ungeplant und ungewollt sind, und etwa jede zweite minderjährige Schwangere eine Schwangerschaftskonfliktberatung in Anspruch nimmt (BZgA 2009a). Diese Beratungsgespräche sind insofern als Spezialfälle anzusehen, als in dieser Altersklasse nicht grundsätzlich davon ausgegangen werden kann, dass die Schwangere die entsprechende geistige Reife besitzt, die Situation und die Konsequenzen ihrer Entscheidung in vollem Umfang zu verstehen. Eine interessante Frage ist daher, wie aus Beratersicht die Rolle der gesetzlichen Vertreter im Beratungsgespräch eingeschätzt wird.

Nach Meinung der Beraterinnen sind die Eltern durchaus in der Lage, die Minderjährige als Vertrauenspersonen entwicklungsadäquat zu unterstützen und ihr dabei zu helfen, Ängste und Unsicherheiten abzubauen. Besonders bei Schwangeren unter 16 Jahren wurde die Beteiligung der Eltern für sinnvoll erachtet. Eine Anwesenheit der Eltern als Voraussetzung für die Scheinvergabe und damit ihre erzwungene Beteiligung an der Schwangerenberatung wurde mehrheitlich abgelehnt, von einigen – insbesondere Ärztinnen – jedoch vor allem für die unter 16-Jährigen auch gefordert.

Im geltenden Recht gibt es bezüglich der Hinzuziehung der gesetzlichen Vertreter zum Konfliktgespräch keine expliziten Vorschriften. In § 6 SchKG ist geregelt, dass eine Einbeziehung Dritter *im Einvernehmen mit der Schwangeren* erfolgen muss. Eine Teilnahme

der Eltern gegen den Willen der Schwangeren widerspricht daher nicht nur dem Schwangerschaftskonfliktgesetz, sondern steht darüber hinaus im Gegensatz zur Forderung des Bundesverfassungsgerichts, wonach die Rechtsordnung der Frau einen Raum eigener, nicht unter von außen determinierter Verantwortlichkeit sichern müsse (FamRZ 1993). Das oberste Gericht stellte heraus, dass die Minderjährige davor geschützt werden solle, in ihrer Entscheidung für oder gegen das Kind von Dritten, auch von ihren Eltern beeinflusst zu werden (Frommel 2005, BVerfG 1993). Die freie Entscheidung der Schwangeren darüber, wer dem Beratungsgespräch beiwohnt, ist somit Teil des auf Verantwortung basierenden Schutzkonzeptes und gilt unabhängig von Alter und Reifegrad der Schwangeren. Eine zwingende Beteiligung der Eltern, die auch gegen den Willen der Minderjährigen durchgesetzt werden könnte, liefe daher, so die Rechtswissenschaftlerin Inna Link, dem Sinn des mit der Beratung verfolgten Schutzkonzeptes zuwider (Link 2004). Es ist schwer vorstellbar, wie die Schwangere die Konfliktberatung als nicht bevormundendes Hilfsangebot auf vertrauensvoller Basis verstehen und eine verantwortungsvolle Entscheidung treffen kann, wenn das Beratungsgespräch erst durch die gegebenenfalls unfreiwillige Anwesenheit Dritter die für die Scheinausstellung notwendige Legitimation erhielte. Zu berücksichtigen ist diesbezüglich auch, dass ein nicht unerheblicher zusätzlicher Druck auf die Schwangere entstände, da – wie die oben erwähnte Studie von *pro familia* und Diakonie zeigt – bei weitem nicht jede Schwangere sofort bereit ist beide Elternteile über die Schwangerschaft zu informieren²⁵.

Eine sinnvolle Unterstützung durch die Eltern kann daher nur dann gelingen und mit dem Beratungskonzept in Einklang stehen, wenn für die Schwangere auch die Möglichkeit besteht die Teilnahme der Eltern abzulehnen, etwa für den Fall dass, aus welchen Gründen auch immer, kein Vertrauensverhältnis zu ihnen besteht bzw. aufgebaut werden kann.

Eine weitere wichtige Frage, die von den Beraterinnen der verschiedenen Vergleichsgruppen teilweise unterschiedlich eingeschätzt wurde, ist die nach der Notwendigkeit der Zustimmung der gesetzlichen Vertreter zum Schwangerschaftsabbruch. Nach geltender Rechtslage müssen diese nur dann in die Entscheidung zum Abbruch einwilligen, wenn die Minderjährige für nicht einsichts- bzw. urteilsfähig befunden wird und somit keine Einwilligungsfähigkeit vorliegt (Eser 2006). Wird hingegen Urteils- und Einsichtsfähigkeit bescheinigt, so ist allein der Wille der Schwangeren sich für oder gegen das Austragen des Kindes zu entscheiden

²⁵ Die Studie ergab, dass die Schwangere nahezu immer ihren Partner und sehr häufig auch die Mutter oder Freundinnen über die Schwangerschaft informiert, hingegen aber nur in der Hälfte der Fälle den Vater (Pro familia 2006b).

maßgeblich. Grundsätzlich richtet sich die Bescheinigung der Einwilligungsfähigkeit nicht nach festen Altersgrenzen, sondern wird individuell nach dem Einzelfallprinzip geprüft (Link 2004). Nach gängiger juristischer Auffassung ist sie bei Schwangeren bis zu 14 Jahren in der Regel zu verneinen und sollte bis zum 16. Lebensjahr von der individuellen Reife abhängig sein (Fischer 2009).

Würde nun, wie zum Teil besonders von den ärztlichen Beraterinnen bei den unter 16-Jährigen gefordert, die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruch trotz Einsichtsfähigkeit an die Zustimmung der gesetzlichen Vertreter gekoppelt, so hieße dies, dass das vom Bundesverfassungsgericht eingeforderte und auch für Minderjährige gültige Entscheidungsrecht übergangen und die Letztverantwortung für den Abbruch vollständig auf die Eltern übertragen werden würde (Frommel 2005). Gewisse Vorbehalte der Beraterinnen, bei vorhandener Einsichtsfähigkeit auf die Zustimmung der Eltern zu verzichten, beruhen möglicherweise darauf, dass es in der Rechtsprechung diesbezüglich kontroverse Urteile gab²⁶, und den Ärztinnen von verschiedenen Seiten empfohlen wird, aus Gründen der eigenen Rechtssicherheit grundsätzlich die Zustimmung der gesetzlichen Vertreter einzuholen (Fenger und Entezami 2009, Ärztekammer Berlin 2007, Fenger 2002). Die Rechtswissenschaftlerin und Rechtsphilosophin Monika Frommel weist hingegen darauf hin, dass sich eine schwangere einsichtsfähige Minderjährige gegebenenfalls auch gegen den Willen ihrer Eltern für einen Abbruch entscheiden könne, da diesbezüglich ihr persönliches Entscheidungsrecht höher wiege als das elterliche Fürsorgerecht (Frommel 2005). Somit haben weder die Schwangerschaftskonfliktberaterin noch die abbrechende Ärztin strafrechtliche Konsequenzen zu befürchten.

Um dies zu verdeutlichen und eventuelle Unsicherheiten auszuräumen, ist es notwendig, zwischen der Einwilligung in einen Schwangerschaftsabbruch und der Einwilligung in einen ärztlichen Heileingriff zu unterscheiden²⁷ sowie die Zuständigkeitsbereiche von Zivil- und Strafrecht zu beachten.

²⁶ Einerseits hat beispielsweise das OLG Hamm entschieden, dass eine Minderjährige zur Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs in jedem Fall der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters bedürfe (OLG Hamm 1998). Andererseits entschied das LG München I, dass dies nicht notwendig sei, wenn die Minderjährige die Tragweite ihrer Entscheidung verstehe (LG München I 1978).

²⁷ Ein Schwangerschaftsabbruch ist nur dann zugleich ein Heileingriff, in den die Personensorgeberechtigten einwilligen müssen, wenn durch den Abbruch eine Gefahr für die Gesundheit der Schwangeren abgewendet wird (enge medizinische Indikation). Im Allgemeinen handelt es sich bei einem Abbruch jedoch um eine Wertentscheidung und damit nicht um einen Heileingriff, sondern um eine ärztliche Leistung eigener Art (Frommel 2005).

Bei einem ärztlichen Heileingriff kommt es zum Abschluss eines ärztlichen Behandlungsvertrages, der Einwilligungs- und Geschäftsfähigkeit der Beteiligten voraussetzt. Da Minderjährige zwischen dem 7. und 18. Lebensjahr nur eingeschränkt geschäftsfähig sind und der Behandlungsvertrag die Minderjährige zu einer Gegenleistung wie der Bezahlung des ärztlichen Honorars verpflichtet, bedarf dies in der Regel der Genehmigung der Eltern (Halstrick 2007). Dies gilt jedoch nicht für die Durchführung eines beratenen Schwangerschaftsabbruchs, da es sich hierbei um eine reine Wert- und Gewissensentscheidung handelt. Frommel betont, dass gerade um dem höchsten Gut der Entscheidungsfreiheit der Schwangeren gerecht zu werden, das Strafrecht von ebendieser Zustimmung der Personensorgeberechtigten absehe. Die Einwilligung nach § 218a Abs. 1 StGB sei nach den Grundsätzen einer rechtfertigenden Einwilligung im Strafrecht zu beurteilen (Frommel 2005). Wie Link in ihrer Untersuchung zu den rechtlichen Aspekten des Schwangerschaftsabbruchs bei Minderjährigen herausstellt, geht es bei der Bewertung der Einwilligungsfähigkeit nicht um das Verständnis der rechtlichen Einordnung des Lebens des Fötus, sondern vielmehr „um die Fähigkeit, dem ethischen Gehalt dieses Guts eine *eigene* Bedeutung beizumessen, die einem hinreichend gefestigten und ausgereiften *eigenen* Wertsystem entspricht“ (Link 2004: 197, Hervorhebung i.O.). Ob eine Minderjährige in einen Abbruch von strafrechtlicher Seite her einwilligen kann hängt also davon ab, ob sie die Tragweite ihrer Entscheidung versteht und damit tatsächlich einsichtsfähig ist. Die für zivilrechtliche Belange relevante Geschäftsfähigkeit ist für die strafrechtliche Bewertung des Schwangerschaftsabbruchs irrelevant. Eine wie von einigen Beraterinnen geforderte generelle Zustimmungspflicht der gesetzlichen Vertreter wäre deshalb nach Einschätzung von Frommel unter strafrechtlichen Gesichtspunkten schlicht abwegig (Frommel 2005). In der Tat waren es in beiden Altersklassen insbesondere ärztliche Beraterinnen, die ebendies einforderten. Es ist gut möglich, dass dies aus Gründen der Absicherung und aus Angst vor strafrechtlichen Sanktionen erfolgte.

Gegen den Willen der Schwangeren können Eltern stellvertretend nur dann in einen Abbruch einwilligen, wenn dieser medizinisch vital indiziert ist (Harder 2005). Ansonsten hat grundsätzlich der Wunsch der Minderjährigen, das Kind auszutragen, Vorrang. Diese Meinung wurde auch in der Befragung mehrheitlich vertreten: Die Befragten gaben überwiegend an, dass für die Frage zur Fortsetzung der Schwangerschaft allein die Entscheidung der Minderjährigen maßgeblich sei. Allerdings gab es auch einige Beraterinnen, besonders unter den Ärztinnen, die diese Ansicht nicht teilten.

Insgesamt haben die Ergebnisse gezeigt, dass sich die Ärztinnen stärker für Auflagen, die die Entscheidungsfreiheit der Minderjährigen einschränken, aussprachen. Über die Gründe hierfür konnten nur Vermutungen angestellt werden. Fest steht jedoch, dass die Minderjährigen, um dem Schutzkonzept der Beratungsregelung und dem Beratungscharakter zu entsprechen, weitest möglich in ihrer freien Entscheidung gestützt werden müssen, unabhängig davon ob sie einwilligungsfähig sind oder nicht. Von Fall zu Fall kann es sinnvoll sein, mit dem Einverständnis der Minderjährigen, die gesetzlichen Vertreter am Beratungsgespräch zu beteiligen um eine gemeinsame Entscheidung herbeizuführen. Gelingt dies nicht bzw. wird die Anwesenheit der Eltern von der Schwangeren nicht gewünscht, so muss dies berücksichtigt werden. Tritt etwa der seltene Konfliktfall ein, dass die nicht einwilligungsfähige Minderjährige die Schwangerschaft abbrechen möchte, die Sorgeberechtigten jedoch missbräuchlich ihre Zustimmung verweigern, so kann eine vormundschaftsgerichtliche Entscheidung eingeholt werden. Ansonsten hat grundsätzlich die Entscheidung der Minderjährigen Vorrang (Frommel 2005).

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die Schwangerschaftskonfliktberatung bei unter 18-Jährigen einen Sonderfall darstellt, der von Seiten der Beraterinnen ein hohes Maß an Professionalität und Einfühlungsvermögen erfordert²⁸. Da Prävention einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung von Schwangerschaftskonflikten bei Minderjährigen leisten kann, sollte ein Schwerpunkt auf die frühzeitige Aufklärung mit altersadäquaten und geschlechtsspezifischen Aufklärungsmaterialien gelegt werden (BZgA 2009b).

²⁸ Ein möglicher Ansatz ist hierzu beispielsweise die personenzentrierte Beratung mit ihren Grundpfeilern Empathie, uneingeschränkte positive Beachtung und Kongruenz (Kersting-Otte 2011).

7. Zusammenfassung

In der aktuellen gesetzlichen Regelung zum Schwangerschaftsabbruch nach § 218a StGB kommt der Schwangerschaftskonfliktberatung eine Schlüsselrolle zu. Dem Beratungskonzept liegt die Überzeugung zugrunde, dass durch ein professionell geführtes Konfliktgespräch mehr Frauen zum Austragen der Schwangerschaft bewegt werden können als durch ein schlichtes Verbot. Inwiefern diese Annahme zutrifft und damit dem vom Bundesverfassungsgericht geforderten Schutz des ungeborenen Lebens gerecht geworden wird, ist umstritten.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, einen Beitrag zur Debatte um den Schwangerschaftsabbruch nach § 218a StGB zu leisten, indem allen beteiligten Diskussionspartnern empirische Daten zur Schwangerschaftskonfliktberatung zu Verfügung gestellt werden. Durch die Erhebung praxisbezogener Einschätzungen zum Berufs- und Moralverständnis aus professioneller Beratungsperspektive sollten neue Impulse und Denkanstöße gewonnen werden, die dazu beitragen, die sensible Thematik wissenschaftlich zu versachlichen.

Die Einschätzungen zum Beratungsverständnis haben gezeigt, dass sich die Beraterinnen überwiegend im Sinne einer doppelten Anwaltschaft, sowohl als Vertreterinnen der Schwangeren, als auch des ungeborenen Kindes verstehen. Aus ihrem professionellen Beratungsverständnis resultiert die Verpflichtung, bestmögliche Unterstützung zu einer Entscheidung zu leisten, die von der Frau selbst getroffen wird und allein von ihren persönlichen Wertvorstellungen zu verantworten ist. Es ist nicht im Sinne des Beratungsethos der Beraterinnen Partei zu ergreifen. Vielmehr orientieren sich die Beratenden an den Grundsätzen der Objektivität und Unparteilichkeit. Diesem Streben nach einer wertneutralen Beratung steht jedoch eine gesetzliche Parteilichkeit zugunsten des ungeborenen Lebens entgegen – schließlich wird etwa die Ermutigung zur Fortsetzung in jedem Fall verlangt. Hieraus ergibt sich für die Beraterinnen unter Umständen ein Konflikt, dem sie entgegenwirken, indem sie auf eine direkte Konfrontation mit bestimmten Moralvorgaben verzichten. Hierin ist auch am ehesten der Grund für die vergleichsweise geringe Häufigkeit mit der die in § 219 StGB aufgeführten Aspekte thematisiert und die zu Beratenden letztlich zur Fortsetzung der Schwangerschaft ermutigt wurden.

Die Häufigkeit, mit der bestimmte Aspekte im Beratungsgespräch thematisiert wurden, hat sich in den Vergleichsgruppen nur in wenigen Fällen unterschieden. Im Vordergrund standen für alle Beraterinnen die Erörterung der aktuellen und künftigen familiären Lebenssituation,

die Möglichkeit sozialer und psychologischer Unterstützung sowie die Beziehung zum Vater des Kindes. Eine untergeordnete Rolle spielten Themen wie Erwartungen der Religionsgemeinschaft, der die Schwangere angehört, und Druck des sozialen Umfeldes.

Ferner hat sich gezeigt, dass sich die ärztlichen Beraterinnen, verglichen mit den beiden anderen Vergleichsgruppen, stärker ihrem eigenen Gewissen verpflichtet fühlten und in begründeten Fällen eine direkte Einflussnahme auf die Entscheidung der Schwangeren für geboten hielten. Vielleicht spielt dabei eine Beschleunigung des Entscheidungsprozesses eine Rolle, um die gesundheitlichen Risiken des Schwangerschaftsabbruchs zu minimieren. Möglicherweise liegt dieser Sichtweise jedoch auch eine gewisse paternalistische Denkstruktur zugrunde, wonach die Ärztinnen eher dazu tendieren, in bestimmten Situationen für die Schwangere entscheiden zu wollen.

Die normativen Vorstellungen des Bundesverfassungsgerichts zum Schwangerschaftsabbruch wurden von den Beraterinnen nur bedingt geteilt. Liegt etwa für das oberste Gericht der Hauptgrund für die volle Schutzwürdigkeit des ungeborenen Lebens in seiner Menschenwürde, so ist dessen Zuerkennung für die Beraterinnen weder ein Hinderungsgrund, Schwangerschaftsabbrüche nicht als Unrecht anzusehen, noch die Interessen der Schwangeren über die des Kindes zu stellen. Diese abweichenden Einschätzungen sind zum einen Ausdruck eines ungleichen Würdeverständnisses und zum anderen wohl grundsätzlich Zeichen unterschiedlicher Auffassung zum moralischen Status menschlicher Embryonen. Geht etwa das Oberste Gericht von maximalem moralischem Status mit voller Schutzwürdigkeit aus, so tendieren die Beraterinnen am ehesten zu einem Konzept des abgestuften moralischen Status mit entsprechend bedingter Schutzwürdigkeit. Es entstand der Eindruck, dass die Mehrheit der Beraterinnen den Abbruch aus einer verantwortungsethischen Perspektive betrachtet. Die Entscheidung für oder gegen das Kind ist daher weniger von der Zuschreibung eines Lebensrechts des Embryos abhängig, sondern ist vielmehr dann verantwortbar, wenn dem moralischen Gehalt von Elternschaft und den sozialen Beziehungen zum Kind entsprochen werden kann. Diese beziehungsethische Sichtweise mag auch für die Skepsis ursächlich sein, mit der den Abbruchalternativen Adoption und Babyklappe überwiegend begegnet wurde. Vielleicht hat jedoch auch die langjährige Berufserfahrung gezeigt, dass eine Abgabe des Kindes für die Schwangere selbst nur in einer geringen Anzahl der Fälle als sinnvolle Alternative zum Abbruch in Frage kommt.

Am deutlichsten wichen die Einschätzungen der Beraterinnen von *pro familia* ab. Sie unterschieden sich in Schutzwürdigkeit, Zuschreibung von Menschenwürde und

Unrechtsbewusstsein signifikant von den anderen beiden Vergleichsgruppen. Dies liegt am ehesten am Leitbild und Selbstverständnis der Beratungseinrichtung, welche sich als Menschenrechtorganisation zur Stärkung der sexuellen und reproduktiven Rechte der Frau versteht.

Die Einschätzungen zur Schwangerschaftskonfliktberatung bei Minderjährigen haben ergeben, dass es nach Ansicht der Befragten von Fall zu Fall sinnvoll sein kann, die gesetzlichen Vertreter zum Konfliktgespräch hinzuzuziehen, nicht jedoch deren Beteiligung zu erzwingen. Für Beraterinnen ist die Freiheit der Schwangeren, auf Wunsch Dritte vom Gespräch auszuschließen, Bestandteil des auf Verantwortung basierenden Schutzkonzeptes. Hierzu zählt auch das Recht, sich bei vorhandener Einsichtsfähigkeit eigenverantwortlich und damit ohne die explizite Zustimmung der gesetzlichen Vertreter, für den Abbruch der Schwangerschaft zu entscheiden. Ursächlich für Vorbehalte diesbezüglich, vor allem der ärztlichen Beraterinnen, liegen vielleicht am ehesten darin, dass die Medizinerinnen aus der ärztlichen Routine heraus, die Einwilligungsfähigkeit in einen beratenen Schwangerschaftsabbruch mit der Einwilligungsfähigkeit in einen ärztlichen Heileingriff gleichsetzten und sich auf Grund strafrechtlicher Bedenken verstärkt für die Zustimmungspflicht der Eltern aussprachen. Diese Bedenken sind jedoch zumindest aus strafrechtlicher Sicht unbegründet, da es sich bei der Entscheidung zu einem beratenen Schwangerschaftsabbruch um eine reine Wert- und Gewissensfrage handelt und das Strafrecht daher bewusst von der Zustimmung der Personensorgeberechtigten absieht.

8. Fazit

Abschließend bleibt festzuhalten, dass der Gesetzgeber mit der Schwangerschaftskonfliktberatung zwei unterschiedliche, zum Teil widersprechende Ziele und Vorgaben verknüpft: Zum einen soll sie – dem Schutz des ungeborenen Lebens dienend – der Schwangeren den Unrechtscharakter des Schwangerschaftsabbruchs verdeutlichen und diese zur Fortsetzung der Schwangerschaft ermutigen, zum anderen hat sie – die Verantwortung der Schwangeren stärkend – ergebnisoffen, nicht bevormundend oder belehrend zu erfolgen. Diese Vorgaben eröffnen einen Spielraum für unterschiedliche Beratungsverständnisse und machen eine Prioritätensetzung seitens der Beraterinnen erforderlich. Nach ihrem professionellen Beratungsverständnis und ihrem Beratungsethos sehen sich die Beratenden am ehesten dazu verpflichtet, die Schwangere in einem Entscheidungsprozess zu unterstützen, dessen Ausgang allein von der Frau selbst und ihren persönlichen Wertvorstellungen zu verantworten ist. Dies ist, wie die Ergebnisse der Studie gezeigt haben, für die Beraterinnen jedoch nur dann möglich, wenn sie im Sinne einer wertneutralen Gesprächsführung auf direkte Konfrontation mit moralischen Vorgaben verzichten und selbst einen möglichst objektiven, unparteilichen Standpunkt einnehmen.

Die durchgeführte Untersuchung beleuchtet ausschließlich die Sichtweise der Beraterinnen. Angesichts der Wichtigkeit der Thematik sollte es die Aufgabe zukünftiger wissenschaftlicher Studien sein, zu erforschen, wie die Schwangeren die Beratung nach dem professionellen Beratungsverständnis erleben bzw. ob sie diese auch als an Unparteilichkeit und Objektivität orientiert bewerten. Auch wäre es interessant zu eruieren, inwiefern die betroffenen Frauen selbst die in den Vergleichsgruppen ausgemachten Unterschiede im Beratungsverständnis erfahren, etwa auch im Hinblick auf eventuelle Divergenzen zwischen Beratungseinrichtungen in konfessioneller und nichtkonfessioneller Trägerschaft.

9. Anhang

9.1 Der Fragebogen

Befragung zur Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218a

1 Allgemeine Fragen zur Schwangerschaftskonfliktberatung

- 1.1 Seit wie vielen Jahren führen Sie Schwangerschaftskonfliktberatungen durch?
Seit etwa ____ Jahr(en)
- 1.2 In welcher Einrichtung führen Sie die Schwangerschaftskonfliktberatung durch?
- ☐ Praxis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - ☐ Beratungsstelle
 - ☐ Sonstiges, und zwar: _____
- 1.3 Wie viele Schwangerschaftskonfliktberatungen führen Sie durchschnittlich durch?
Etwa ____ Beratung(en) pro Jahr,
davon ist bei ca. ____ % mehr als ein Gesprächstermin notwendig.
- 1.4 Wie lange dauert eine Schwangerschaftskonfliktberatung durchschnittlich?
Zwischen ____ und ____ Minuten

2 Welche Themen sind Gegenstand der Schwangerschaftskonfliktberatung?

	häufig	manchmal	selten	nie
Entstehung der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfängnisverhütung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biographische Hintergründe der Schwangeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktuelle Familien- bzw. Lebenssituation der Schwangeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliche Karriere der Schwangeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiterer Lebensplan der Schwangeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehung der Schwangeren zum Vater des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einstellung des Kindesvaters zu Fortsetzung bzw. Abbruch der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck des sozialen Umfeldes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutung des Schwangerschaftskonfliktes für die eigene Entwicklung der Schwangeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwartungen der Religionsgemeinschaft der Schwangeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutz des ungeborenen Lebens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perspektiven für ein Leben mit dem Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit der Adoption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	häufig	manchmal	selten	nie
Möglichkeit der Babyklappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Fördermöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufklärung über gesetzliche Lage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recht des ungeborenen Kindes auf Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ermutigung zur Fortsetzung der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ablauf eines Schwangerschaftsabbruchs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risiken des Schwangerschaftsabbruchs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebenssituation der Schwangeren nach Abbruch bzw. Geburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeiten psychologischer Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Themen:

3 Welchen der folgenden Begriffe verwenden Sie in der Beratung?

(Mehrfachnennungen möglich)

	Wenn es um die <u>Fortsetzung</u> der Schwangerschaft geht?	Wenn es um den <u>Abbruch</u> der Schwangerschaft geht?
Das Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das ungeborene Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Ungeborene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Fötus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Embryo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die (Leibes-)Frucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Wie verstehen Sie Ihre eigene Rolle als Berater im Rahmen der Schwangerschaftskonfliktberatung?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich verstehe mich als Anwalt der Interessen der Schwangeren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verstehe mich als Anwalt der Interessen des ungeborenen Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verstehe mich als neutraler Berater.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich verstehe mich nur als Informationsvermittler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verstehe mich als Berater in erster Linie dem Gesetz verpflichtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verstehe mich als Berater in erster Linie meinem Gewissen verpflichtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Berater bin ich für die Entscheidung moralisch mitverantwortlich und habe deshalb oft ein schlechtes Gewissen, wenn trotz meiner Beratung ein Abbruch erfolgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges, und zwar:

5 Schwangerschaftskonfliktberatung bei Minderjährigen: Wie stehen Sie persönlich zu folgenden Aussagen?

5.1 Minderjährige unter 16 Jahren

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs sollte nur mit Einwilligung der gesetzlichen Vertreter zulässig sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs sollte ohne Einwilligung der gesetzlichen Vertreter zulässig sein, wenn die Minderjährige einsichtsfähig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Will eine Minderjährige die Schwangerschaft austragen, sollte allein ihre Entscheidung maßgeblich sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die gesetzlichen Vertreter der Minderjährigen sollten beim Beratungsgespräch anwesend sein, anderenfalls sollte kein Beratungsschein ausgestellt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist sinnvoll, dass die gesetzlichen Vertreter beim Beratungsgespräch anwesend sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2 Minderjährige ab 16 Jahren

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs sollte nur mit Einwilligung der gesetzlichen Vertreter zulässig sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs sollte ohne Einwilligung der gesetzlichen Vertreter zulässig sein, wenn die Minderjährige einsichtsfähig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Will eine Minderjährige die Schwangerschaft austragen, sollte allein ihre Entscheidung maßgeblich sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die gesetzlichen Vertreter der Minderjährigen sollten beim Beratungsgespräch anwesend sein, anderenfalls sollte kein Beratungsschein ausgestellt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist sinnvoll, dass die gesetzlichen Vertreter beim Beratungsgespräch anwesend sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Persönliche Einschätzung des Schwangerschaftsabbruchs nach §218a: Wie stehen Sie zu folgenden Aussagen?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich halte die Beratungslösung nach § 218a für eine sinnvolle Regelung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Berater habe ich kaum Einfluss auf die Entscheidung der Schwangeren über Abbruch oder Fortsetzung der Schwangerschaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich betrachte den Schwangerschaftsabbruch als Unrecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungeborenes menschliches Leben ist in gleicher Weise schützenswert wie geborenes menschliches Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dem ungeborenen menschlichen Leben kommt Menschenwürde zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte die Schwangerschaftskonfliktberatung nur für eine formale Voraussetzung für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Interessen der Schwangeren stehen über den Interessen des ungeborenen Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich bin der Meinung, dass in begründeten Fällen zum Abbruch geraten werden sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verantwortung zu übernehmen heißt für die Schwangere unter Umständen auch eine Schwangerschaft abzuberechnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für die Entscheidung zu Fortsetzung oder Abtreibung ist allein die subjektive Einschätzung der Schwangeren maßgeblich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meiner Meinung nach ist Adoption eine gute Alternative zum Abbruch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meiner Meinung nach ist die Babyklappe eine gute Alternative zum Abbruch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Einschätzung Ihrer persönlichen Priorität zur Schwangerschaftskonfliktberatung

Bei der Schwangerschaftskonfliktberatung		
ermutige ich in ca.	%	der Fälle zur Fortsetzung der Schwangerschaft.
ermutige ich in ca.	+ %	der Fälle zum Abbruch der Schwangerschaft.
rate ich in ca.	+ %	der Fälle zu nichts.
	<u>= 100 %</u>	
haben ca.	%	der Frauen vor der Beratung Abbruchabsichten.
kann ich ca.	%	der Frauen mit anfänglicher Abbruchabsicht zur Fortsetzung der Schwangerschaft bewegen.

8 Angaben zu Ihrer Person

8.1 Ihr Geschlecht?

- ☐ weiblich
☐ männlich

8.2 Ihr Alter?

- ☐ unter 30 Jahre
☐ 30-39 Jahre
☐ 40-49 Jahre
☐ 50-59 Jahre
☐ 60 Jahre und älter

8.3 Haben Sie eigene Kinder?

- ☐ Nein
☐ Ja, und zwar _____ Kind(er)

8.4 Ihr fachlicher Hintergrund? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Medizin
☐ Sozialpädagogik
☐ Sonstiges, und zwar: _____

8.5 Welche für die Schwangerschaftskonfliktberatung spezifischen Qualifikationen haben Sie zusätzlich zu Ihrem Studium?

8.6 Würden Sie von sich sagen, dass Sie eher religiös oder eher nicht religiös sind?

Bitte stufen Sie sich auf der folgenden Skala von 1-10 ein:

überhaupt nicht religiös

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 sehr religiös

8.7 Gehören Sie einer Kirche oder Religionsgemeinschaft an?

- ☐ Nein
☐ Ja, und zwar: _____

8.8 Wie viele Einwohner hat der Ort, an dem sich Ihr Arbeitsplatz befindet?

- ☐ unter 20.000 Einwohner
☐ 20-100.000 Einwohner
☐ 100-500.000 Einwohner
☐ über 500.000 Einwohner

Wir danken für Ihre Mitarbeit!

9.2 Fragebogen mit Grundauszählung

1 Allgemeine Fragen zur Schwangerschaftskonfliktberatung

1.1 Seit wie vielen Jahren führen Sie Schwangerschaftskonfliktberatungen durch?

Seit etwa ____ Jahr(en) [n=120 (100 %)]

1.2 In welcher Einrichtung führen Sie die Schwangerschaftskonfliktberatung durch?

☐ Praxis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe [n=44 (36,7 %)]

☐ Beratungsstelle [n=76 (63,3 %)]

☐ Sonstiges, und zwar: _____ [n=11 (9,2 %)]

1.3 Wie viele Schwangerschaftskonfliktberatungen führen Sie durchschnittlich durch?

Etwa ____ Beratung(en) pro Jahr [n=117 (97,5 %)],

davon ist bei ca. ____ % mehr als ein Gesprächstermin notwendig. [n=109 (90,8 %)]

1.4 Wie lange dauert eine Schwangerschaftskonfliktberatung durchschnittlich?

Zwischen ____ und ____ Minuten [n=120 (100%)]

2 Welche Themen sind Gegenstand der Schwangerschaftskonfliktberatung?

	häufig	manchmal	selten	nie
Entstehung der Schwangerschaft (n=118)	59,3 %	22,9 %	15,3 %	2,5 %
Empfängnisverhütung (n=118)	81,4 %	16,1 %	2,5 %	-
Biographische Hintergründe der Schwangeren (n=120)	54,2 %	36,7 %	8,3 %	0,8 %
Aktuelle Familien- bzw. Lebenssituation der Schwangeren (n=120)	98,3 %	1,7 %	-	-
Berufliche Karriere der Schwangeren (n=120)	50 %	49,2 %	0,8 %	-
Weiterer Lebensplan der Schwangeren (n=120)	81,7 %	15,8 %	2,5 %	-
Beziehung der Schwangeren zum Vater des Kindes (n=119)	76,5 %	17,6 %	5,9 %	-
Einstellung des Kindesvaters zu Fortsetzung bzw. Abbruch der Schwangerschaft (n=119)	72,3 %	21 %	6,7 %	-
Druck des sozialen Umfeldes (n=120)	39,2 %	42,5 %	18,3 %	-
Bedeutung des Schwangerschaftskonfliktes für die eigene Entwicklung der Schwangeren (n=118)	58,8 %	31,9 %	9,3 %	-
Erwartungen der Religionsgemeinschaft der Schwangeren (n=119)	3,4 %	30,2 %	58,8 %	7,6 %
Schutz des ungeborenen Lebens (n=118)	42,4 %	32,2 %	19,5 %	5,9 %
Perspektiven für ein Leben mit dem Kind (n=119)	64,7 %	33,6 %	1,7 %	-

	häufig	manchmal	selten	nie
Möglichkeit der Adoption (n=118)	20,3 %	19,5 %	50,9 %	9,3 %
Möglichkeit der Babyklappe (n=118)	0,9 %	9,3 %	33 %	56,8 %
Soziale Fördermöglichkeiten (n=119)	72,3 %	25,2 %	2,5 %	-
Aufklärung über gesetzliche Lage (n=120)	88,4 %	8,3 %	3,3 %	-
Recht des ungeborenen Kindes auf Leben (n=118)	32,2 %	32,2 %	25,4 %	10,2 %
Ermutung zur Fortsetzung der Schwangerschaft (n=116)	37,1 %	48,3 %	7,7 %	6,9 %
Ablauf eines Schwangerschaftsabbruchs (n=119)	83,2 %	15,1 %	1,7 %	-
Risiken des Schwangerschaftsabbruchs (n=118)	57,6 %	33,1 %	7,6 %	1,7 %
Lebenssituation der Schwangeren nach Abbruch bzw. Geburt (n=120)	76,7 %	20 %	3,3 %	-
Möglichkeiten psychologischer Unterstützung (n=120)	66,7 %	30 %	3,3 %	-

Weitere Themen: [n=29 (24,2 %)]

3 Welchen der folgenden Begriffe verwenden Sie in der Beratung? (Mehrfachnennungen möglich)

	Wenn es um die <u>Fortsetzung</u> der Schwangerschaft geht? (n=116)	Wenn es um den <u>Abbruch</u> der Schwangerschaft geht? (n=116)
Das Kind	n=80 (69 %)	n=32 (27,6 %)
Das ungeborene Kind	n=42 (36,2 %)	n=41 (35,3 %)
Das Ungeborene	n=19 (16,4 %)	n=17 (14,7 %)
Der Fötus	n=8 (6,9 %)	n=13,8 (16 %)
Der Embryo	n=23 (19,8 %)	n=49 (42,2 %)
Die (Leibes-)Frucht	n=2 (1,7 %)	n=10 (8,6 %)

4 Wie verstehen Sie Ihre eigene Rolle als Berater im Rahmen der Schwangerschaftskonfliktberatung?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich verstehe mich als Anwalt der Interessen der Schwangeren. (n=111)	36,9 %	34,2 %	13,5 %	15,3 %
Ich verstehe mich als Anwalt der Interessen des ungeborenen Kindes. (n= 110)	20,9 %	32,7 %	23,7 %	22,7 %
Ich verstehe mich als neutraler Berater. (n=119)	64,7 %	26 %	7,6 %	1,7 %

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich verstehe mich nur als Informationsvermittler. (n=115)	18,3 %	18,3 %	32,1 %	31,3 %
Ich verstehe mich als Berater in erster Linie dem Gesetz verpflichtet. (n=113)	10,6 %	37,2 %	36,3 %	15,9 %
Ich verstehe mich als Berater in erster Linie meinem Gewissen verpflichtet. (n=113)	12,4 %	23 %	31 %	33,6 %
Als Berater bin ich für die Entscheidung moralisch mitverantwortlich und habe deshalb oft ein schlechtes Gewissen, wenn trotz meiner Beratung ein Abbruch erfolgt. (n=113)	0,9 %	6,2 %	24,8 %	38,1 %

Sonstiges, und zwar: [n=11 (9,2 %)]

5 Schwangerschaftskonfliktberatung bei Minderjährigen: Wie stehen Sie persönlich zu folgenden Aussagen?

5.1 Minderjährige unter 16 Jahren

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs sollte nur mit Einwilligung der gesetzlichen Vertreter zulässig sein. (n=117)	8,6 %	18,8 %	46,1 %	26,5 %
Die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs sollte ohne Einwilligung der gesetzlichen Vertreter zulässig sein, wenn die Minderjährige einsichtsfähig ist. (n=117)	35 %	46,2 %	12,8 %	6 %
Will eine Minderjährige die Schwangerschaft austragen, sollte allein ihre Entscheidung maßgeblich sein. (n=117)	45,3 %	44,5 %	6,8 %	3,4 %
Die gesetzlichen Vertreter der Minderjährigen sollten beim Beratungsgespräch anwesend sein, anderenfalls sollte kein Beratungsschein ausgestellt werden. (n=116)	2,6 %	9,5 %	32,7%	55,2 %
Es ist sinnvoll, dass die gesetzlichen Vertreter beim Beratungsgespräch anwesend sind. (n=114)	24,6 %	58,8 %	14,9 %	1,7 %

5.2 Minderjährige ab 16 Jahren

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs sollte nur mit Einwilligung der gesetzlichen Vertreter zulässig sein. (n=117)	3,4 %	9,4 %	32,5 %	54,7 %
Die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs sollte ohne Einwilligung der gesetzlichen Vertreter zulässig sein, wenn die Minderjährige einsichtsfähig ist. (n=118)	56,8 %	35,6 %	4,2 %	3,4 %
Will eine Minderjährige die Schwangerschaft austragen, sollte allein ihre Entscheidung maßgeblich sein. (n=117)	64,1 %	29,9 %	6 %	-
Die gesetzlichen Vertreter der Minderjährigen sollten beim Beratungsgespräch anwesend sein, anderenfalls sollte kein Beratungsschein ausgestellt werden. (n=118)	1,7 %	5,1 %	28 %	65,2 %
Es ist sinnvoll, dass die gesetzlichen Vertreter beim Beratungsgespräch anwesend sind. (n=113)	16,8 %	51,3 %	25,7 %	6,2 %

6 Persönliche Einschätzung des Schwangerschaftsabbruchs nach §218a: Wie stehen Sie zu folgenden Aussagen?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich halte die Beratungslösung nach § 218a für eine sinnvolle Regelung. (n=116)	42,2 %	45,7 %	10,4 %	1,7 %
Als Berater habe ich kaum Einfluss auf die Entscheidung der Schwangeren über Abbruch oder Fortsetzung der Schwangerschaft. (n=117)	11,1 %	63,3 %	23,9 %	1,7 %
Ich betrachte den Schwangerschaftsabbruch als Unrecht. (n=117)	5,1 %	7,7 %	32,5 %	54,7 %
Ungeborenes menschliches Leben ist in gleicher Weise schützenswert wie geborenes menschliches Leben. (n=116)	22,4 %	31,9 %	31,9 %	13,8 %
Dem ungeborenen menschlichen Leben kommt Menschenwürde zu. (n=109)	29,4 %	42,2 %	22 %	6,4 %
Ich halte die Schwangerschaftskonfliktberatung nur für eine formale Voraussetzung für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch. (n=117)	12,8 %	27,4 %	39,3 %	20,5 %
Die Interessen der Schwangeren stehen über den Interessen des ungeborenen Kindes. (n=115)	24,3 %	52,2 %	19,1 %	4,4 %

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich bin der Meinung, dass in begründeten Fällen zum Abbruch geraten werden sollte. (n=112)	7,1 %	27,7 %	31,3 %	33,9 %
Verantwortung zu übernehmen heißt für die Schwangere unter Umständen auch eine Schwangerschaft abzuberechnen. (n=118)	45,8 %	45,8 %	5,9 %	2,5 %
Für die Entscheidung zu Fortsetzung oder Abtreibung ist allein die subjektive Einschätzung der Schwangeren maßgeblich. (n=114)	36,8 %	39,5 %	21,9 %	1,8 %
Meiner Meinung nach ist Adoption eine gute Alternative zum Abbruch. (n=114)	10,6 %	26,3 %	41,2 %	21,9 %
Meiner Meinung nach ist die Babyklappe eine gute Alternative zum Abbruch. (n=114)	9,6 %	13,2 %	41,2 %	36 %

7 Einschätzung Ihrer persönlichen Priorität zur Schwangerschaftskonfliktberatung

Bei der Schwangerschaftskonfliktberatung		
ermutige ich in ca. (n=92)	20 %	der Fälle zur Fortsetzung der Schwangerschaft.
ermutige ich in ca. (n=92)	+ 4 %	der Fälle zum Abbruch der Schwangerschaft.
rate ich in ca. (n=92)	+ 76 %	der Fälle zu nichts.
	<u>= 100 %</u>	
haben ca. (n=95)	89 %	der Frauen vor der Beratung Abbruchabsichten.
kann ich ca. (n=72)	8 %	der Frauen mit anfänglicher Abbruchabsicht zur Fortsetzung der Schwangerschaft bewegen.

8 Angaben zu Ihrer Person

8.1 Ihr Geschlecht?

- ☐ weiblich [n=101 (84,2 %)]
- ☐ männlich [n=19 (15,8 %)]

8.2 Ihr Alter?

- ☐ unter 30 Jahre [n=2 (1,7 %)]
- ☐ 30-39 Jahre [n=13 (10,8 %)]
- ☐ 40-49 Jahre [n=45 (37,5 %)]
- ☐ 50-59 Jahre [n=48 (40 %)]
- ☐ 60 Jahre und älter [n=12 (10 %)]

8.3 Haben Sie eigene Kinder?

- ☐ Nein [n=20 (16,7 %)]
☐ Ja, und zwar _____ Kind(er) [n=99 (82,5 %)]

8.4 Ihr fachlicher Hintergrund? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Medizin [n=49 (40,8 %)]
☐ Sozialpädagogik [n=57 (47,5 %)]
☐ Sonstiges, und zwar: _____ [n=33 (27,5 %)]

8.5 Welche für die Schwangerschaftskonfliktberatung spezifischen Qualifikationen haben Sie zusätzlich zu Ihrem Studium? [n=103 (85,8 %)]

8.6 Würden Sie von sich sagen, dass Sie eher religiös oder eher nicht religiös sind?
Bitte stufen Sie sich auf der folgenden Skala von 1-10 ein:

überhaupt nicht religiös	1 n=6 (5 %)	2 n=13 (10,8 %)	3 n=13 (10,8 %)	4 n=8 (6,7 %)	5 n=16 (13,3 %)	6 n=12 (10 %)	7 n=16 (13,3 %)	8 n=22 (18,3 %)	9 n=4 (3,3 %)	10 n=5 (4,2 %)	sehr religiös
--------------------------------	-------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------	-----------------------	---------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------	----------------------	------------------

8.7 Gehören Sie einer Kirche oder Religionsgemeinschaft an?

- ☐ Nein [n=32 (26,7 %)]
☐ Ja, und zwar: _____ [n=85 (70,8 %)]

8.8 Wie viele Einwohner hat der Ort, an dem sich Ihr Arbeitsplatz befindet?

- ☐ unter 20.000 Einwohner [n=12 (10 %)]
☐ 20-100.000 Einwohner [n=66 (55 %)]
☐ 100-500.000 Einwohner [n=29 (24,1 %)]
☐ über 500.000 Einwohner [n=11 (9,2 %)]

Wir danken für Ihre Mitarbeit!

9.3 Freie Anmerkungen und Ergänzungen

Zum Fragebogen:

Erklärung:

[n]: Fragebogennummer

Ärztliche Beraterinnen: Fragebogennummer 1-44

Nichtärztliche Beraterinnen: Fragebogennummer 45-96

Pro familia - Beraterinnen: Fragebogennummer 97-120

Frage 1.1: „Seit wie vielen Jahren führen Sie Schwangerschaftskonfliktberatung durch?“

- 1983, 2 Jahre nach meiner Niederlassung. [2]

Frage 1.2: „In welcher Einrichtung führen Sie die Schwangerschaftskonfliktberatung durch?“

- Von 1995-2005 Praxis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 1983-1994 (mit Unterbrechung) Beratungsstelle. Jetzt Psychotherapeutische Px. [10]
- Gemeinschaftspraxis Innere Med/Allgemein-Med/Dermatologie/Augen. [33]
- Gesundheitsdienst – sozialer Dienst. [82]
- Jugendamt. [84]
- ASD – Jugendamt. [85]
- Gesundheitsamt. [86]
- Gesundheitsamt Sozialer Dienst. [87]
- Gesundheitsamt. [90]
- Fachdienst Gesundheitsdienst. [91]
- Jugendamt. [92]
- Gesundheitsamt. [94]

Frage 2: „Welche Themen sind Gegenstand der Schwangerschaftskonfliktberatung?“

- Finanzierung [18]
- Mögliche Unterstützung durch Bezugspersonen (Verwandte, Freunde) [24]
- Warum nicht verhütet wurde, und was das bedeutet, bzw. warum Verhütung nicht funktioniert hat! [31]
- Wenn ich Schwangerschaft feststelle und dabei Konflikt d. Pat. auftaucht, gibt es den Beratungstermin frühestens am nächsten Tag. Ich gebe ihnen aber auch Namen + Tel-Nr. der weiteren Beratungsstellen. [39]

- Abgeschlossene Familienplanung, berufliche Gründe, fehlende Mittel für Verhütung. [45]
- Persönl. Vorerfahrungen der Klientin mit Schwangerschaft, Trauerarbeit. [48]
- Trauerarbeit. [49]
- Überforderung (körperliche und/oder psychische), finanzielle Situation, Ängste vor Behinderung des Kindes, Erkrankung. [50]
- Hilfen/Unterstützung des soz. Umfeldes nach Geburt bzw. SS-Abbruch. [55]
- Gefühle nach dem Abbruch, Verhalten nach dem Abbruch (Gesundheitsaspekte). [62]
- Soziale Beratung. [63]
- Soziale Beratung -> Hilfen. [64]
- Abgeschlossene Familienplanung, finanzielle Sorgen. [65]
- Auswirkungen auf die Partnerschaft. [66]
- Altersgründe, Wohnsituation, Überforderung, soz. Unsicherheiten, drohende Behinderung, Frühere Abbrüche, Fehlgeburten. [76]
- Erneute Schwangerschaft in der Zukunft u. Zusammenhänge mit dem Abbruch (Ängste, falsche Informationen). [80]
- Abschied nehmen. [83]
- Finanzielle Fördermöglichkeiten, Nachbetreuung. [85]
- Aufzeigen von Hilfen für Paartherapie Wohnungssuche, Unterstützung auf der Suche nach Finanzierung für Verhütung. [88]
- Sorgerecht, Umgangsrecht, finanzielle Hilfen. [92]
- Berufliche + finanzielle Unsicherheiten als Gründe für Abbruch, insb. bei den Frauen, insb. Alleinerziehenden / in Trennungssituationen. [95]
- Trauer/Abschied bzgl. der Lebensperspektiven, gegen die die Frau sich entscheidet. Zulassen/Raum geben für ambivalente Gefühle. Respekt vor der Entscheidung der Frau. [96]
- Moral, Schuld, Unterschied nein zum Abbruch/ja zum Kind usw. [100]
- Biographische Hintergründe des Kindsvaters, Bedeutung (psychologisch) für ihn. [109]
- Psychische Unterstützung während der Beratung, insbesondere bei Abbruchentscheidung trotz Kinderwunsch. [113]
- Sterilisation Mann/Frau. [114]
- Schuldgefühle, Gefühle, Ängste. [116]
- Bedeutung d. Konflikts für die Partnerschaft. [118]
- Wenn keine Verhütung: Welcher Umgang der Schwangeren mit sich, Thema: Verantwortung etc. [119]

Frage 3: „Welche der folgenden Begriffe verwenden Sie in der Beratung?“

- „Die Schwangerschaft“. [2]
- Schwangerschaft. [17] (Wenn es um Abbruch geht, M.M)
- Keins davon. Ich rede meist v. d. Schwangerschaft. [66]
- Die Schwangerschaft. [67]
- Die Schwangerschaft. [88] (Wenn es um Abbruch geht, M.M)
- Die Schwangerschaft. [95]
- Zellgewebe. Ich frage nach dem Begriff und verwende diesen. [96]
- Nenne ich nicht. [101] (Wenn es um Abbruch geht, M.M)
- Keine der Begriffe! [106] (Wenn es um Abbruch geht M.M)

- Zellgewebe. [108] (Wenn es um Abbruch geht M.M)
- Wenn überhaupt, sonst „die Schwangerschaft“. [112] (Wenn es um Abbruch geht M.M)

Frage 4: „Wie verstehen Sie Ihre eigene Rolle als Berater im Rahmen der Schwangerschaftskonfliktberatung?“

- eigentlich für beide -> das Kind hat nur eine Chance wenn es der Mu... . [10] (Kommentar unleserlich, M.M)
- Ich versuche das deutlicher zu machen, was die Schwangere nicht wahrnehmen will (entweder „Kopf“ oder „Bauch“). [24]
- Ich versuche, die Frau zu begleiten in ihrem Konflikt und zu klären; die Entscheidung trifft die Frau! [39]
- Anwältin der Familie, z. B. bereits geborener Kinder, Thema: Kraft. [40]
- Meine moralisch-ethischen Wertvorstellungen sind nicht Gegenstand der Beratung, sonder diejenigen der beratenen Person! [43]
- Neutraler Berater im Sinne der doppelten Anwaltschaft für Mutter und Kind. [45]
- Unglücklich formuliert finde ich: Interessen der Schwangeren. In der Praxis ist die Frage: Kann ich es in meiner Situation schaffen und verantworten ein Kind groß zu ziehen. Die pers. Interessen der Schwangeren sind da in der Regel zweitrangig. [66]
- Ich unterstütze die Frau in ihrer Situation, beeinflusse sie weder in die eine noch in die andere Richtung zu gehen. [80]
- Unterstützerin eine eigene Haltung zu entwickeln und damit leben zu können. [88]
- Das wird nicht als Alternative wahrgenommen. Diskussion um Babyklappe ist eine andere! [96]
- Ich sehe meinen Auftrag in der SSKB darin, mit der Frau (dem Paar) zu besprechen, was sie bzw. ob sie noch was braucht, um Verantwortung für ihre Entscheidung (welche auch immer) zu übernehmen bzw. übernehmen zu können und diese „tragen“ zu können. [108]
- Das ungeborene Kind ist ohne eine Frau, die „ja“ sagt, nicht denkbar – davor kann ich es nicht schützen. Das Recht auf Leben eines ungeborenen (nicht ungeplanten!) Kindes ist sehr abstrakt. [109]
- Diese Fragen werden nicht so sehr dem Spagat gerecht. Als Beraterin spreche ich sehr situationsabhängig mit der Frau. [113]

Frage 6: „Persönliche Einschätzung des Schwangerschaftsabbruchs nach § 218a: Wie stehen Sie zu folgenden Aussagen?“

- Ich will Frau nicht beeinflussen. Ich versuche der Frau zu helfen ihren Konflikt zu klären, ich rate nicht! [39]
- „Geraten“ wird gar nicht’s! Die Frau entscheidet! [88]
- Keine Alternative, aber dennoch sinnvolle Angebote, die erhalten bleiben sollten! [95]
- Da ich neutral berate, setzt das voraus, dass ich keinen Einfluss übe!! [100]

- Die Schwangere trifft die Entscheidung! Wir schauen uns gemeinsam das Für + Gegen an! [101]

Frage 7: „Einschätzung Ihrer persönlichen Priorität zur Schwangerschaftskonfliktberatung“

- Die Schwangerschaftskonfliktberatung hat ergebnisoffen zu verlaufen. Beratung heißt für mich Hilfe zur Entscheidungsfindung. Keine Top-Down-Einflussnahme. [63]
- Ist nicht zu beantworten! Ergebnisoffenheit der Beratung!! [64]
- Weder rate noch ermutige ich. Meine Aufgabe ist es, die Schwangere a) mit Informationen zu versorgen, um entscheiden zu können, b) sie zu unterstützen, alle Informationen angstfrei abzuwägen und zu einer verantwortlichen Entscheidung zu gelangen. [66]
- Meine persönliche Priorität ist nicht relevant! Ich ermutige im hohen % Bereich und akzeptiere in gleichem Maße Bedenken u. Ängste, die zum Beendigen der Schwangerschaft führen könnten. Ermutigung und Akzeptanz halten sich die Waage. Das erschließt sich mir nicht, da keine Rückmeldung. [69]
- Die Beratung wird ergebnisoffen geführt. [79]
- Ich begleite die Frau während des Entscheidungsprozesses, stelle Fragen; ICH RATE NICHTS! [80]
- Ich kann und will gar nicht´s. Versuche neutral zu sein. [88]
- Ich versuche zu erreichen, dass die Schwangere „ihren Weg“ findet, auf den die gehen und mit dem sie leben kann. [94]
- Kann ich nicht beurteilen. [95]
- Ich berate nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz. So schwer es auch fallen kann neutral. Was sollen diese Fragen?? Was soll diese Frage? [100]
- Entscheidung der Frau! [106]
- Diese Fragen kann und will ich nicht beantworten, weil sie nicht meinem Beratungsverständnis entsprechen. Mir geht es darum, wenn Frauen ambivalente Gefühle haben, diese aufzunehmen & mit ihnen zu arbeiten – damit die Frau sich dann entscheiden kann, wofür auch immer. [108]
- Zu ungenau! Kein gut gewähltes Wort! [114]
- Ich helfe der Frau eine für sie angemessene Entscheidung zu treffen -> 100%. [116]

Frage 8.4: „Ihr fachlicher Hintergrund?“

- Zytologe. [5]
- Psychotherapie. [10]
- Psychosomatik; Psychotherapeutische Weiterbildung. [14]
- Hebamme. [18]
- Endokrinologie, Psychosomatik. [20]
- Psychotherapie- und –analyseweiterbildung. [39]
- Dorfhelferin. [49]
- Dipl. Soz. Päd. / Soz. Arb. (staatl. Anerk.). [56]
- Diplom Pädagogik und Mediatorin. [57]
- Zusatzqualifikation für die Schwangerschaftskonfliktberatung. [58]

- Sozialarbeit. [60]
- Sozialarbeit. [61]
- Psychologin. [62]
- Gesundheitswissenschaften. [63]
- Psychologie. [67]
- Familientherapie. [69]
- Zusatzausbildung: Sterbe- und Trauerbegleitung. Ausbilderin zum Hospizdienst. [70]
- Sozialarbeiterin, Mediatorin. [71]
- Diakonin. [72]
- Diakonin. [75]
- Soz. Med. Bereich. [79]
- Paartherapeutin. [88]
- Sozialmedizinische Assistentin. [89]
- Dipl. Pädagogik. [92]
- Diplom-Pädagogik. [96]
- Dipl.-Psychologin. [105]
- Krankenpflege. [106]
- Supervision. [109]
- System. Ausbildung. [111]
- Dipl.-Psychologin / Psycholog. Psychotherapeutin. [112]
- Dipl.päd. [113]
- Dipl. Pädagoge / Sonderpädagoge. [114]
- Psychotherapie. [119]

Frage 8.5: „Welche für die Schwangerschaftskonfliktberatung spezifischen Qualifikationen haben Sie zusätzlich zu Ihrem Studium?“

- Turnusgemäße Weiterbildungsseminare; Grundausbildung Psychosomatik, Ausbildung in Gesprächstherapie nach ROGERS. [2]
- FA für Gyn.. Psychosomatik, Sterilitätsberatung, § 218 – Fortbildungen. [3]
- Beratungsseminare. [4]
- Psychosomatik, Balintgruppe, Supervision. [5]
- Psychomentele Grundlagenkurse. [8]
- FA für Frauenheilkunde, Psychosomatik. [9]
- Fortbildung regelm. f. die Konfliktberatung i. Hannover alle 2-3 J.; Im KRANKENHAUS vor meiner Niederlassung: Durchführung von Abruptiones/Saugkürettage. [11]
- Weiterbildung: Reproduktionsmedizin, Psychotherapie. [12]
- Regelmäßige Fortbildungen. [13]
- Psychosomatik. [14]
- Alle 2 Jahre eine 6std. Fort/Weiterbildung. [15]
- Weiterbildung Schwangerschaftskonfliktberatung, FÄ f. Gynäkologie + Geburtshilfe. [17]
- Notwendiger Kurs bei der KV-N. [18]
- KVN Einführungskurs. [19]
- Psychotherapie. [21]
- Schwangerschaftskonfliktberatung zum §218 der ÄK Niedersachsen. [23]
- Psychosomatische Ausbildung und regelm. Weiterbildung. [24]

- Psychosomatik + Fortbildung zur Konfliktberaterin. [25]
- Spirituelle Arbeit, psychosomat. Grundversorgung, langjährige Fortbildung in Psychotherapie. [26]
- Vorgeschriebene Fortbildungen werden einigermaßen regelmäßig besucht. [27]
- Fortbildung durch Ärztekammer, langjährige Berufserfahrung aus Klinik & Praxis. [28]
- Balintgruppen, Psychosozialer Arbeitskreis ca. 4 Jahre Selbsterfahrung, Sexualmedizin. [29]
- Fortbildungen zum Thema. [30]
- Ausbildung zur Beraterin bei Pro familia, Zusatzbezeichnung Psychotherapie. [31]
- Fortbildungsveranstaltung von der Ärztekammer zur Schwangerschaftskonfliktberatung. [32]
- Psychosomat. Fortbildungen. [34]
- Reguläre Fortbildungen. [35]
- Psychosomatikausbildg. [36]
- Psychosomatische Grundversorgung. [37]
- Psychotherapie- und -analyseweiterbildung. [39]
- Psychosomatische Grundversorgung. [40]
- Ich bin offiziell als Berater anerkannt. [41]
- SS-Konfliktberaterin. [42]
- Psychotherapie-Ausbildung, Psychosomatische Zusatzqualifikation. [43]
- Fortbildungen! [44]
- Zusatzqualifikation zur Schwangerschaftskonfliktberatung. [45]
- 2-jährige berufsbegleitende Zusatzausbildung für die Schwangerschaftskonfliktberatung. [46]
- Berufsbegleitende Weiterbildung Schwangerschaftskonfliktberatung. [47]
- Zusatzfortbildungen Schwangerschaftskonfliktberatung, PND-Beratung, Supervision. [48]
- Schwangerschaftskonfliktberatung. [49]
- Zusatzqualif. für Beraterinnen in der SKB, PND Beratung. [50]
- Fortb. d. Ärztekammer: Schwangersch.konfliktberatung, Zertifikat: Beratung im Konflikt während d. Schwangersch. [51]
- U. a. lösungsorientierte Kurzzeittherapie. [52]
- Arbeitgeberinterne Zusatzqualifikation mit lösungsorientierter Kurzzeittherapie, Sexualpädagogik, psychosoziale Beratung um PND. [53]
- Zusatzqualifikation für die Schwangerschaftskonfliktberatung. [54]
- Längerfristige Zusatzqualifikation „Beratung im SS-Konflikt“, systemische Familienberaterin, Mediatorin. [55]
- Zusatzqualifikation „Schwangerenkonflikt-Beraterin“. [56]
- Schwangerschaftskonfliktberatung nach d. SchKG/Ärztekammer Hamburg, FB-Nieders. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie + Gesundheit, Beratung in Konfliktsituationen – 6 Module a 3 Tage – donum vitae etc. [57]
- Fortbildung: Trauerarbeit in der Schwangerschaftskonfliktberatung, Tagung für Fachkräfte in der Schwangerschaftskonfliktberatung: Schwanger – was nun? [58]
- Lösungsfokussierte Therapeutin. [59]
- Zusatzausbildung SKB. [60]
- Zusatzausbildung Schwangerschaftskonfliktberatung. [61]
- Ausbildung am EZI Berlin + Beraterausbildung. [62]
- Konfliktberaterinnen-Ausbildung (Fortbildung durch den Träger). [63]

- Vierteilige Fortbildung in Schwangerschaftskonfliktberatung am Evangelischen Zentralinstitut Berlin. [64]
- Ausbildung in Gesprächsführung, Elternkursleiterin. [65]
- Ausbildung SKB, integrative Sozialtherapie. [66]
- Ausbildung Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung. [67]
- Weiterbildung: Schwangerschaftskonfliktberatung und Psychosoziale Beratung im Rahmen pränataler Diagnostik. [68]
- Fortbildung über kirchlichen Träger. [69]
- Methodik der Gesprächsführung. Schwangerschaftskonfliktberatung mit Einzelnen -> kontinuierliche Up-Dates, zuletzt: Familienplanung, Verhütung und Schwangerschaftsabbruch bei Migrantinnen. [70]
- Weiterbildung 4 Blöcke in 2 Jahren beim EZI Berlin. [71]
- Fortbildungen zur Beratung im Schwangerschaftskonflikt. [72]
- Ausbildung in SKB bei EZI Berlin. [73]
- 4 spez. Module zur Schwangerschaftskonfliktberatung. [74]
- Beratungstätigkeit auf anderen Gebieten, Fortbildung am ezi in Berlin [75]
- Spezifische Schulungen. [78]
- Ø Studium zur soz. med. Assistentin, Fortbildungen. [79]
- Ausbildung Schwangerschaftskonfliktberatung; Zusatzqualifikation Mediation; Ausbildung systemische Familientherapie. [80]
- Fortbildungen. [81]
- Regelmäßige Fortbildungen zum Thema. [83]
- Fortbildungen. [85]
- Ausbildung in Gesprächspsychotherapie. [86]
- Heilpraktikerin, Psychotherapie. [88]
- Fortbildungen in Gesprächsführung, diverse Fortbildungen Schwangerschaftskonfliktberatung. [89]
- Berufserfahrung und regelmäßige Fortbildungen. [90]
- Fortbildungen bzgl. Schwangerschaftskonfliktberatung. [92]
- Krankenschwester, Ausbildung klientenzentrierte Gesprächsführung, Antistresstrainerin. [93]
- Ausbildung in klientenzentrierter Beratung. [94]
- Systemische Beratung. [95]
- 2-teilige §219-Fortbildung, gestalttherapeutische Zusatzausbildung. [96]
- Fortbildungen zum §218 + Grundkurs zum §218. [97]
- Grundkurs §218, verschiedene Fortbildungen zum Inhalt des §218. [98]
- Zusatzausbildung/Weiterbildung für Schwangerschaftskonfliktberatung. [100]
- Diverse Fortbildungen (Schw.konflikt). [101]
- Pro familia Fortbildungen, Gesprächspsychotherapie, Psychodrama. [102]
- Interne Verbandsfortbildungen. [103]
- Fortbildungen (intern) d. Verbandes. [104]
- Beraterausbildung. [105]
- Grundkurs profa-BV zur SS Konfliktberatung, div. Fortbildungen zum §218. [107]
- Fortbildungen der pro familia, familientherapeutische Ausbildung. [108]
- Klientenzentrierte Gesprächsführung (GWG), Psychoanalytische Ber. Bei Partnerschafts- und Sexualkonflikten (pro familia), Schw.konfliktberatung (pro familia). [109]
- 6-tägige FB zum Thema + div. Tagesfortbildungen. [110]
- Mehrfache Grundausbildung, regelmässige Fortb. [111]
- §218-Kursus des Pro Familia Bundesverbandes, Psychotherapeut. Ausbildung (tiefenpsychologisch fundierte PT). [112]

- Beraterfortbildung der Pro Familia, ständige Fortbildungen zum Thema min. alle 3 Jahre. [113]
- Beraterausbildung bei der profamilia. [114]
- 6-tägige Fortbildung zum Thema. [115]
- Grundausbildung Schwangerschaftskonfliktberatung, regelmäßige Fortbildungen. [116]
- Fort- und Weiterbildungen zur §218/219-Beratung. [117]
- Ehe- Familien + Lebensberatung, Grundkurse bei pro fa. [118]
- Med. berufl. Erfahrung. [119]
- 6-tägige FB zum Thema, 1-tägige Fortbildung zum Thema. [120]

Frage 8.7: „Gehören Sie einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft an?“

- Kath. [1]
- Ev. Luth. Landeskirche [2]
- Evangelisch-lutherisch [4]
- Kath. [5]
- Kath. [6]
- Evangelisch-methodistische Kirche [9]
- Ev [10]
- Röm.-kath. [12]
- Römisch-kath. [13]
- Katholische Kirche [16]
- Ev.-luth. [17]
- Ev.-luth. [18]
- Röm. Kath. [19]
- Ev [20]
- Römisch-katholisch [21]
- Evangelisch [22]
- Der ev.-luth. Kirche [23]
- Katholische Kirche [25]
- Ev.-luth. [27]
- Evang. [28]
- Katholizismus [29]
- Katholisch [32]
- Ev. Lut. [34]
- Ev.-luth. [36]
- Evangelische Kirche [37]
- Kath. Kirche [39]
- Ev. Luth. [40]
- Evangelisch [42]
- Evangelisch luth. [43]
- Evangelisch [44]
- Röm/Kath. [45]
- Röm.-Kath. [46]
- R.k. [47]
- Kath. Kirche [48]
- Röm.-Kath. [50]

- Röm.-Kath. [51]
- Kath. Kirche [52]
- Röm.-Kath. [53]
- Rö Kath [54]
- Röm.-Kath. [55]
- Röm.-Kath. [56]
- Katholisch [57]
- Röm-katholische Kirche [58]
- Katholisch [59]
- Ev.-Luth. [61]
- Evangelische Kirche [62]
- Ev.-Luth. [63]
- Evangelische Kirche [64]
- Ev.-Luth. [65]
- Ev.-Luth. [66]
- Ev.-Luth. [67]
- Ev.-Luth. [68]
- Ev.-Luth. [69]
- Evangelisch-Lutherisch [70]
- Ev.-luth. [71]
- Ev. Kirche [72]
- Ev.-luth. [73]
- Ev.-luth. Landeskirche Hannover [75]
- Ev. [76]
- Protestantisch [78]
- Ev.-luth [82]
- Röm. Kath. [84]
- R.K. [88]
- Evgl. [89]
- Ev.-ref. [92]
- Ev. Freik. Gemeinde [94]
- Ev. Freikirche [95]
- Ev.-luth. [98]
- Evang. [100]
- Evgl.-luth. [104]
- Evang. Kirch [105]
- Evangelisch [106]
- Evang.-luth. [107]
- Ev. Luth. [109]
- E.V. [110]
- Evgl. [111]
- Katholisch[113]
- Evangelische Kirche [114]
- EV. – LUTH. [117]
- E.v [120]

Zum Recall:

Ich habe andere Gründe, und zwar:

- hat meine Kollegin Frau XX (Name anonymisiert, M.M.) für unsere Beratungsstelle geantwortet.
- z. B. bei Frage 7, das könnte ich nur schätzen, weil ich es nicht erhebe, meiner Schätzung traue ich aber nicht. Die Fragen sind zu spezifisch und lassen nicht genug Raum, auch die Anonymität scheint mir nicht genügend gewährleistet, wenn ich den Fragebogen abstempeln soll.
- ich bin nicht in diesem Aufgabenfeld tätig!
- Ich bin erst seit kurzer Zeit beim Gesundheitsdienst und habe noch keine Schwangerschaftskonfliktberatung durchgeführt.

9.4 Literaturverzeichnis

Ärztekammer Berlin (2007): Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen.

[http://www.aerztekammer-](http://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/30_Berufsrecht/08_Berufsrechtliches/06_Behandlung_von_Patienten_Pflichten_Empfehlungen/40_Merkblatt_Schwangerschaftsabbruch.pdf)

[berlin.de/10arzt/30_Berufsrecht/08_Berufsrechtliches/06_Behandlung_von_Patienten_Pflichten_Empfehlungen/40_Merkblatt_Schwangerschaftsabbruch.pdf](http://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/30_Berufsrecht/08_Berufsrechtliches/06_Behandlung_von_Patienten_Pflichten_Empfehlungen/40_Merkblatt_Schwangerschaftsabbruch.pdf) [Zugriff am 27.05.2011]

Beer D (1999): Schwangerschaftskonfliktberatung – eine Herausforderung für systemisch-konstruktivistische BeraterInnen. *Systema* 13, 237-252

Behren D: Die Geschichte des § 218 StGB. Rothenburger Gespräche zur Strafrechtsgeschichte Band 4, herausgegeben von Jerouschek Günter, Rüping Hinrich; Edition Diskord, Tübingen 2004

Bergdolt K: Das Gewissen der Medizin. Ärztliche Moral von der Antike bis heute; C. H. Beck, München 2004, 34-38

Berger M (1998): Bemerkungen zur Adoption. *Reproduktionsmedizin* 14, 194-204

Birnbacher D (2004a): Prinzip der „Pietät“ – Begründung der (begrenzten) Schutzwürdigkeit früher Embryonen. *Ethik Med* 16, 155-159

Birnbacher D: Menschenwürde – abwägbar oder unabwägbar? In: *Biomedizin und Menschenwürde*, herausgegeben von Kettner Matthias; Suhrkamp, Frankfurt/M 2004b, 249-271

Bockenheimer-Lucius G (2002): Babyklappe und Anonyme Geburt – Hintergründe und Anmerkungen zu ethischen Problemen. *Ethik Med* 14, 20-27

Böckenförde EW (2004): Bleibt die Menschenwürde unantastbar? <http://www.wissensgesellschaft.org/themen/biopolitik/menschenwuerde.pdf> [Zugriff am: 30.05.2011]

Busch U (2005): „Nur ein gerettetes Kind und es hätte sich schon gelohnt!“ Babyklappe und anonyme Geburt – kritische Überlegungen aus sozialwissenschaftlicher Perspektive. *Sozial Extra* 2005/5, 31-36

BVerfG (1975): Bundesverfassungsgericht - Urteil vom 25. Februar 1975, Schwangerschaftsabbruch I

BVerfG (1993): Bundesverfassungsgericht - Urteil vom 28. Mai 1993, Schwangerschaftsabbruch II

BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009a): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Ausgewählte Ergebnisse einer Studie des Bundesverbandes der pro familia, gefördert durch die BZgA. http://www.bzga.de/botmed_13050300.html [Zugriff am 14.04.2011]

BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009b): Teenager-Schwangerschaften in Deutschland. Stellungnahme der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

http://www.bzga.de/botmed_13050200.html [Zugriff am 14.04.2011]

Deschner K: Das Kreuz mit der Kirche. Eine Sexualgeschichte des Christentums. Neuauflage; Econ, Düsseldorf 1987

Deutscher Ethikrat (2009): Pressemitteilung 06/09, Ethikrat legt Stellungnahme zur anonymen Kindesabgabe vor.

http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/pm_2009_06_stn_anonyme-kindesabgabe.pdf [Zugriff am 19.06.2011]

Düwell M: Der moralische Status von Embryonen und Feten. In: Bioethik. Eine Einführung, herausgegeben von Düwell Marcus, Steigleder Klaus; Suhrkamp, Frankfurt/M. 2003, 221-229

Ellwanger D: Praktische Erfahrungen mit dem Schwangerschaftskonfliktgesetz. In: Lebensschutz oder kollektiver Selbstbetrug? 10 Jahre Neuregelung des § 218 (1995-2005), herausgegeben von Büchner Bernward, Kaminski Claudia; Verlag für Kultur und Wissenschaft, Bonn 2006, 124-134

Enskat R: Pro Identitätsargument: Auch menschliche Embryonen sind jederzeit Menschen. In: Der moralische Status menschlicher Embryonen, herausgegeben von Damschen Gregor, Schönecker Dieter; Walter de Gruyter, Berlin 2002, 101-127

Eser A: Schwangerschaftsabbruch: Recht. In: Lexikon Medizin, Ethik, Recht, herausgegeben von Eser Albin, Lutterotti Markus von, Sporken Paul; Herder, Freiburg 1989, 969-985

Eser A: Sechzehnter Abschnitt. Straftaten gegen das Leben, § 218 a Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs. In: Strafgesetzbuch. Kommentar, herausgegeben von Schönte Adolf, Schröder Horst; C.H. Beck, München 2006, 1858-1877

FamRZ (1993): Gerichtsentscheidungen, A. Bundesverfassungsgericht. Zeitschrift für das gesamte Familienrecht 8, 899-935

Fenger H (2002): Haftungsrecht bei der Beratung minderjähriger Patientinnen. Gynakologe 9, 925-926.

Fenger H, Entezami M (2009): Die minderjährige Patientin im Praxisalltag. Dürfen die Eltern alles wissen? Was darf die Minderjährige selbst entscheiden? Gynakologe 8, 573-576

Fischer T: Strafgesetzbuch und Nebengesetze. 56. Auflage; C.H. Beck, München 2009, 1499-1509

Frommel M (2005): Institut für Sanktionsrecht und Kriminologie. Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen.

<http://www.uni-kiel.de/isk/cgi-bin/files/SSA%20bei%20MJen.pdf> [Zugriff am 02.05.2011]

Geyer C: Biopolitik. Die Positionen. 1. Auflage; Suhrkamp, Frankfurt/M 2001

Halstrick C (2007): Juristische Aspekte bei Minderjährigen in der gynäkologischen Praxis. Gynakologe 10, 835-840

Harder Y (2005): Rechtliche Besonderheiten bei der Behandlung minderjähriger Patienten. Urologe A 2, 174-179

Hoerster N: Abtreibung im säkularen Staat. Argumente gegen den § 218. 1. Auflage; Suhrkamp, Frankfurt/M 1991

Hoerster N: Neugeborene und das Recht auf Leben. 1. Auflage; Suhrkamp, Frankfurt/M 1995, 11-28

Honnefelder L: Pro Kontinuumsargument: Die Begründung des moralischen Status des menschlichen Embryos aus der Kontinuität der Entwicklung des ungeborenen zum geborenen Menschen. In: Der moralische Status menschlicher Embryonen, herausgegeben von Damschen Gregor, Schönecker Dieter; Walter de Gruyter, Berlin 2002, 61-81

Jerouschek G: Mittelalter. Antikes Erbe, weltliche Gesetzgebung und Kanonisches Recht. In: Geschichte der Abtreibung. Von der Antike bis zu Gegenwart, herausgegeben von Jütte Robert; C.H. Beck, München 1993, 44-67

Jütte R: Griechenland und Rom. Bevölkerungspolitik, Hippokratischer Eid und antikes Recht. In: Geschichte der Abtreibung. Von der Antike bis zu Gegenwart, herausgegeben von Jütte Robert; C.H. Beck, München 1993, 27-43

Kersting-Otte U (2011): Personenzentrierte Beratung minderjähriger Frauen in der Schwangerschaft und im Schwangerschaftskonflikt. Gruppendynamik Organ 42, 5-15

Kettner M: Beratung als Zwang. Die Beiträge im Kontext. In: Beratung als Zwang. Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft, herausgegeben von Kettner, Matthias; Campus, Frankfurt/M 1998, 9-44

Kettner M (2001): Beratung als Zwang – ein produktives Dilemma. Schweiz Arztztg 49, 2568-2569

Kettner M: Biomedizin und Menschenwürde. 1. Auflage; Suhrkamp, Frankfurt/M 2004

Klar M, Kunze M, Zahradnik HP (2007): Diskussion um den ethischen Status humaner Embryonen – Eine Zusammenfassung von zentralen Argumenten und Perspektiven. J Reproduktionsmed Endokrinol 4 (1), 21-26

Klemperer D: Vom Paternalismus zur Partnerschaft: Der Arztberuf im Wandel. In: Professionalisierung im Gesundheitswesen, herausgegeben von Pundt Johanne; Verlag Huber, Bern 2006, 61-75

Kuhse H, Singer P: Muß dieses Kind am Leben bleibe? Das Problem schwerstgeschädigter Neugeborener. 1. Auflage; Harald Fischer Verlag, Erlangen 1993

Laufs A: Schwangerschaftsabbruch. In: Arztrecht, herausgegeben von Laufs Adolf, Katzenmeier Christian, Lipp Volker; C.H. Beck, München 2009, 234-244

Lehmann V (2007): Verlassen von Vater und Mutter, Kinder aus der Babyklappe. Gynakologe 12, 1009-1016

Lenzen W: Wie bestimmt man den „moralischen Status“ von Embryonen? Mentis, Paderborn 2004

Levold T (1998): Schwangerschaftskonfliktberatung aus systemischer Perspektive. System Familie 11, 155-164

LG München I, Beschluss vom 24.07.1978. Neue Juristische Wochenschrift 1980 46, 3424

Link I: Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen. Eine vergleichende Untersuchung des deutschen und englischen Rechts. Recht & Medizin Bd./Vol. 69, herausgegeben von Deutsch Erwin, Laufs Adolf, Schreiber Hans-Ludwig; Peter Lang, Frankfurt/M 2004

Notz G (2007): „Ob Kinder oder keine – entscheiden wir alleine“. Die unendliche Geschichte des § 218 StGB. Pro familia Magazin 2007/1: 4-6

OLG Hamm, Beschluss vom 16.07.1998. Neue Juristische Wochenschrift 1998/12, 646

Pro familia, Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. (2006a): Standpunkt Schwangerschaftsabbruch. <http://www.profamilia.de/shop/download/234.pdf> [Zugriff am 10.05.2010]

Pro Familia, Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. (2006b): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen, Teilstudie I. <http://www.profamilia.de/fileadmin/info/6959.pdf> [Zugriff am 27.04.2011]

Ranke-Heinemann U: Eunuchen für das Himmelreich. Katholische Kirche und Sexualität. 3. Auflage; Hoffmann und Campe, Hamburg 1988

Schläpfer-Reiser I (2000): Wieso sind Schwangerschaftsberatungsstellen notwendig? Schweiz Arzteztg 5, 250-251

Schockenhoff E: Pro Speziesargument: Zum moralischen und ontologischen Status des Embryos. In: Der moralische Status menschlicher Embryonen, herausgegeben von Damschen Gregor, Schönecker Dieter; Walter de Gruyter, Berlin 2002, 11-33

Schockenhoff E (2003): Abgestufter Lebensschutz? http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/5336/pdf/Schockenhoff_Abgestufter_Lebensschutz.pdf [Zugriff am 29.05.2011]

Schockenhoff E (2011): Ethische Aspekte der anonymen Kindsabgabe. Ethik Med 23, 149-152

Schulz S: Person oder Keim? In: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung, herausgegeben von Schulz Stefan, Steigleder Klaus, Fangerau Heiner, Paul Norbert W; Suhrkamp, Frankfurt/M 2006, 310-311

Schwenzer T (2010): Schwangerschaftsabbruch – Probleme im Klinischen Alltag. Gynakologe 43, 35-43

Seibel J: Straf- und zivilrechtliche Probleme des „beratenen“ Schwangerschaftsabbruchs nach § 218a Absatz 1 StGB; Dr. Kovač, Hamburg 2007

Simon A: Später Schwangerschaftsabbruch und passive Sterbehilfe beim Neugeborenen: Moralische Dilemmata zur Lebensfähigkeit. In: Spätabbruch der Schwangerschaft. Praktische, ethische und rechtliche Aspekte eines moralischen Konflikts, herausgegeben von Wewetzer Christa, Wernstedt Thela; Campus, Frankfurt/M 2008, 61-65

Singer P: Praktische Ethik. Neuauflage. 2. Auflage; Reclam, Stuttgart 1994

Singer P: Leben und Tod. Der Zusammenbruch der traditionellen Ethik; Harald Fischer Verlag, Erlangen 1998, 204-207

Spieker M: Kirche und Abtreibung in Deutschland. Ursachen und Vielfalt eines Konflikts; Ferdinand Schöningh, Paderborn 2008

Spranger J (2008): Zellen, Feten, Menschenwürde. Monatsschr Kinderheilkd 5, 473-478

Statistisches Bundesamt Wiesbaden (2011a): Gesundheit, Schwangerschaftsabbrüche, Fachserie 12, Reihe 3, 2010. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Schwangerschaftsabbrueche2120300107004,property=file.pdf> [Zugriff am 01.05.2011]

Statistisches Bundesamt Wiesbaden (2011b): Natürliche Bevölkerungsbewegung, Geborene und Gestorbene. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/Tabellen/Content75/GeboreneGestorbene,templateId=renderPrint.psm1> [Zugriff am 09.09.2011]

Steigleder K: Ethische Probleme am Lebensbeginn. In: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung, herausgegeben von Schulz Stefan, Steigleder Klaus, Fangerau Heiner, Paul Norbert W; Suhrkamp, Frankfurt/M 2006, 316-340

Stoecker R: Menschenwürde - Annäherung an einen Begriff. Schriftenreihe der Wittgenstein-Gesellschaft Band 32, herausgegeben Haller Rudolf, Leinfellner Elisabeth, Leinfellner Werner, Puhl Klaus, Weingartner Paul; ÖBV & HPT Verlagsgesellschaft, Wien 2003

Swientek C (o.J.): Abgeben statt abtreiben. Eine Diskussion um keine Alternative. <http://www.adoptionsberatung.at/themen/abgebende-eltern/482-abgeben-statt-abtreiben.html?tmpl=component&print=1&layout=default&page=> [Zugriff am 02.07.2011]

Timmermann J: Immanuel Kant – Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, Sammlung Philosophie 3; Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2004

Wetz FJ: Menschenwürde als Opium fürs Volk. Der Wertstatus von Embryonen. In: Biomedizin und Menschenwürde, herausgegeben von Kettner Matthias; Suhrkamp, Frankfurt/M 2004, 221-248

Wagner-Westerhausen K: Die Statusfrage in der Bioethik. Phil. Diss; Lit Verlag, Berlin 2008

Weber M: Die `Objektivität` sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. In: Schriften zur Wissenschaftslehre, herausgegeben von Weber Max; Reclam, Stuttgart 1991, 21-101

Werner A (2010): Anonyme Abgabe des Neugeborenen – die Babyklappe. Gynakologe 10, 813-818

Wieland W: Pro Potentialitätsargument: Moralfähigkeit als Grundlage von Würde und Lebensschutz. In: Der moralische Status menschlicher Embryonen, herausgegeben von Damschen Gregor, Schönecker Dieter; Walter de Gruyter, Berlin 2002, 149-168

Wiesemann C: Von der Verantwortung ein Kind zu bekommen. Eine Ethik der Elternschaft; C. H. Beck, München 2006

Wiesemann, C (2007): Fortpflanzungsmedizin und die Ethik der Elternschaft. J Reproduktionsmed Endokrinol 4 (4), 189-193

Wiesemann C: Der Embryo im Kontext. Warum die Biopolitik die menschlichen Beziehungen nicht vergessen darf. In: Göttinger Schriften zum Medizinrecht Band 3, Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown, herausgegeben von Bockenheimer-Lucius Gisela, Thorn Petra, Wendehorst Christiane; Universitätsverlag Göttingen, Göttingen 2008, 81-88

Wiesing U (1999): Ungeborenes Leben. Widersprüchliche Regelungen. Die unterschiedlichen Auffassungen zum Lebensrecht des Embryos lassen sich nicht miteinander vereinbaren. Dtsch Arztebl 96 (49), A-3163-3166

Ein Teil der Ergebnisse wurde am 30.08.2011 als Manuskript mit dem Titel „Einstellung von ärztlichen und nichtärztlichen Beraterinnen zur Schwangerschaftskonfliktberatung“ in der Zeitschrift „Der Frauenarzt“ eingereicht. Eine Zusage bzw. ein Veröffentlichungstermin liegen zum Zeitpunkt der Abfassung noch nicht vor.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Herrn PD Dr. phil. A. Simon für die freundliche Überlassung des Themas, die fachkundige und kompetente Betreuung sowie für zahlreiche motivierende und anregende Gespräche.

Bedanken möchte ich mich zudem bei Herrn Dr. rer. nat. K. Jung der Abteilung Medizinische Statistik und seinen Kollegen, die mir bei der statistischen Auswertung der Ergebnisse geduldig Hilfestellung leisteten.

Mein weiterer Dank gilt nachfolgenden Personen, die mich während des Studiums und der Promotion durch konstruktive Kritik unterstützen und mich beständig zur Fortsetzung dieses Projektes ermutigten:

Meinen Eltern Karin und Walter,
meinen Geschwistern Ellen und Tim
und nicht zuletzt den Lieblingsverwandten Ute und Kim.

Lebenslauf

Am 07.03.1984 wurde ich als Sohn einer freien Fotografin und eines Zahnarztes im niederbayerischen Deggendorf geboren. Ich wuchs im unweit gelegenen Waldkirchen im Bayerischen Wald auf. Dort besuchte ich die ortsansässige Maria-Ward-Grundschule und das Johannes-Gutenberg-Gymnasium, welches ich 2003 mit dem Abitur abschloss.

Nach diversen Praktika in verschiedenen Dentallabors und einem Auslandsaufenthalt begann ich im November 2005 das Studium der Humanmedizin an der Georg-August-Universität in Göttingen.

Den vorklinischen Studienteil schloss ich im Frühjahr 2008 mit dem Ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung ab. Während des klinischen Studienabschnitts absolvierte ich Famulaturen im Fachbereich der Radiologie, Inneren Medizin, Neurologie, Allgemeinmedizin und Psychotherapie.

Seit Februar 2011 leiste ich mein Praktisches Jahr ab. Das erste Tertial begann mit meinem Wunschfach Anästhesiologie/Intensivmedizin im Evangelischen Krankenhaus Göttingen-Weende. Von Juni 2011 an folgte der Fachbereich Innere Medizin im Krankenhaus Neu-Maria-Hilf ebenfalls in Göttingen. Den letzten Abschnitt meines Praktischen Jahrs absolviere ich im Fachbereich Chirurgie, zunächst in Arequipa, Peru und derzeit im Universitätsklinikum Göttingen.

Seit August 2009 promoviere ich in der Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen unter Anleitung von Herrn PD Dr. A. Simon.